

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Bc. Eva Šupčíková



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. Eva Šupčíková

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a střední školy a anglická filologie

**VYUŽITÍ AKUPUNKTURY JAKO PROSTŘEDKU ROZVOJE
HYBNOSTI DĚTÍ S DMO**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 25. 6. 2010

.....
vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za cenné rady, které mi v průběhu psaní práce poskytovala, za její trpělivost, vstřícnost a velice přátelský přístup, bez kterého bych se k napsání této práce neodhodlala. Také bych chtěla poděkovat lékařům, kteří souhlasili s vyplněním dotazníků a poskytli mi tak informace nezbytné pro vznik této práce.

Obsah

<i>Úvod</i>	<i>1</i>
I. Teoretická část	3
1 Tradiční čínská medicína	3
1.1 Historie tradiční čínské medicíny	3
1.2 Teorie jin/ jang a pět prvků	4
1.3 Orgány cang-fu	6
1.4 Příčiny nemocí	6
1.5 Metody léčby	7
2 Akupunktura	11
2.1 Vznik a vývoj akupunktury	11
2.2 Podstata a využití akupunktury	12
2.3 Dráhy a aktivní body	13
2.4 Neurofyziologické mechanismy účinku akupunktury	14
3 Dětská mozková obrna	17
3.1 Charakteristika	17
3.2 Formy DMO	18
3.2.1 Hemiparetická forma	18
3.2.2 Bilaterální spastické formy	19
3.2.3 Dyskinetická forma	20
3.2.4 Cerebelární forma	21
3.2.5 Neobvyklé obrazy	22
3.3 Poruchy při DMO	22
3.3.1 Poruchy hybnosti	22
3.3.2 Poruchy řeči	23
3.4 Rozvíjení pohybových dovedností dětí s DMO	25
3.4.1 Zásada vývojovosti	26
3.4.2 Zásada reflexnosti	26
3.4.3 Zásada komplexnosti	26
3.4.4 Zásada rytmizace	26
3.4.5 Zásada kolektivnosti	27
3.4.6 Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu	27
3.5 Rozvíjení dorozumívacích dovedností	28
3.6 Rehabilitační metody	28
Praktická část	30
4 Výzkumný problém	30
4.1 DMO a akupunktura	30
4.2 Akupunkturní body využitelné k léčbě paréz	30
4.2.1 Parézy končetin	31
4.2.2 Parézy v orofaciální oblasti	31
5 Cíle a otázky	33
6 Výzkumný soubor	34

7	<i>Výzkumné metody</i>	35
7.1	Metoda sběru dat	35
7.1.1	Dotazník	35
7.1.2	Tematické kódování	35
7.2	Popis metody	36
8	<i>Analýza a interpretace výsledků výzkumu</i>	38
8.1	Zkušenosti dotazovaných s léčbou paréz	38
8.2	Parézy v orofaciální oblasti	40
8.2.1	Shrnutí výsledků pro orofaciální oblast	43
8.2.2	Komparace výsledků s teorií	44
8.3	Parézy v oblasti horních končetin	45
8.3.1	Shrnutí výsledků pro oblast horních končetin	49
8.3.2	Komparace výsledků s teorií	50
8.4	Parézy v oblasti dolních končetin	50
8.4.1	Shrnutí výsledků pro oblast dolních končetin	54
8.4.2	Komparace výsledků s teorií	55
9	<i>Závěr výzkumu</i>	56
	<i>Závěr</i>	58
	<i>Seznam použité literatury</i>	59
	<i>Seznam příloh</i>	62
	<i>Anotace</i>	

Úvod

Při práci s dětmi s dětskou mozkovou obrnou jsem se setkala s případy, kdy stejná forma daného postižení měla úplně jiný dopad na dítě. Každé dítě mělo naprosto jiné poruchy hybnosti i řeči, které velice silně dopadaly na jeho psychický vývoj. Z počátku jsem tuto skutečnost přisuzovala pouze rozdílným příčinám vzniku postižení a různému stupni postižení. Při komunikaci s daným jedincem jsem se však dovídala o různých přístupech rodičů a lékařů k jejich rehabilitaci, jejíž zanedbávání nebo nedostatečné provádění bylo tím zásadním činitelem, který měl vliv na jejich nynější stav. Tito lidé uváděli různé rehabilitační metody, kterými během svého života prošli, s přibývajícím věkem však těchto cvičení a rehabilitací ubývalo a jejich stav se zhoršoval. Při studiu různých rehabilitačních metod jsem přemýšlela, která z nich by mohla být nejvhodnější a nejúčinnější a přitom s rychlým efektem a minimální fyzickou náročností pro rodiče, především matky, které jsou ve většině případů těmi, které s dítětem cvičí. Až tehdy, když jsem nastoupila ke studiu školy přírodní medicíny, mi byla nabídnuta nová alternativa – akupunktura. Náš školitel měl s jejím využitím u paréz nejružnější etiologie výborné zkušenosti, a proto jsem se rozhodla zjistit, jak jsou na tom další lékaři, zda je skutečně možné parézy, a to i zastaralé, úspěšně prostřednictvím akupunktury léčit.

Cílem mojí bakalářské práce bude odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: ***Jak a s jakými výsledky lze využít akupunkturu k léčbě DMO?*** Abych mohla cíl splnit, provedu výzkumné šetření mezi lékaři, kteří akupunkturu praktikují.

Bakalářská práce se bude skládat z teoretické a praktické části, v teoretické části přiblížím historii tradiční čínské medicíny, její principy a východiska, zaměřím se na teorii příčin nemocí a metody jejich léčby. Samostatnou kapitolu budu věnovat akupunktuře, jejímu vzniku, vývoji a podstatě jejího využití, čtenář se dočte o dráhách a aktivních bodech, se kterými akupunktura pracuje, taktéž se zmíním o mechanismu účinku akupunktury. Nezbytnou kapitolou bude ta o dětské mozkové obrně, o jejích formách, poruchách hybnosti a řeči, možnostech rozvoje pohybových a dorozumívacích dovedností.

Ve výzkumné části přiblížím možnosti využití akupunktury u dětské mozkové obrny tak, jak o nich hovoří různí autoři, a na tuto kapitolu bude navazovat můj vlastní výzkum. Zde nastíním naše cíle a otázky, podám informace o výzkumném souboru, se kterým budu

pracovat a o výzkumných metodách, které použiji. V závěrečné kapitole provedu analýzu a interpretaci výsledů dat, která výzkumem získám.

Tato práce by měla být průzkumem toho, jaké jsou možnosti využití akupunktury u dětské mozkové obrny, jako jednoho z prostředků rozvoje hybnosti. Doufám, že přinese nové informace rodičům dětí s dětskou mozkovou obrnou, lékařům, rehabilitačním pracovníkům a speciálním pedagogům. Taktéž bych uvítala, kdyby tato práce byla určitým východiskem pro navazující práci diplomovou.

I. Teoretická část

1 Tradiční čínská medicína

Pochopení toho, jak funguje akupunktura a další terapeutické metody čínské medicíny není možné bez alespoň základních informací k historii vzniku a vývoje tradiční čínské medicíny. Stejně tak nelze opomenout základní teorie čínské medicíny – jin/ jang, orgány cang-fu, jejich vztahy a příčiny nemocí. Proto se v této úvodní kapitole pokusíme ve stručnosti přiblížit právě historii, principy léčby a teoretické základy, ze kterých tradiční čínská medicína vychází.

1.1 Historie tradiční čínské medicíny

Tradiční čínská medicína obsahuje zkušenosti čínských pracujících lidí zápasících s různými nemocemi po tisíciletí, a díky tomu je neocenitelná pro svou bohatou praktickou znalost a unikátní ucelený teoretický systém budovaný od dávnověku. Základem tradiční čínské medicíny jsou především teorie jinu a jangu, pěti prvků, orgánů cang-fu, drah a odboček, čchi, krve a tělních tekutin, příčin nemocí, diagnostických metod a dělení syndromů (Essentials, 1980).

Zrození medicíny ve staré Číně se datuje do doby asi 3000 let před naším letopočtem. Archeologické nálezy dokládají, že se od začátku mladší doby kamenné používaly k léčebným účelům kamenné jehly. Historie čínské medicíny má dvě významná období, a to dobu předvědecké přírodní medicíny za dynastie Šang a na počátku dynastie Čou a dobu vzniku racionální vědy a medicíny v pozdním období dynastie Čou a během vlády dynastie Chin. Právě v této době byly položeny základy vědeckého bádání v tradiční čínské medicíně, které umožnily její pozdější rozvoj (Kao Tuo, 2001).

Na počátku čínské medicíny byly pravěké léčitelské praktiky, šamanismus Wu a kouzelnictví. Tyto metody se z větší části odvíjely od rituálů a věšteg, obsahovaly však i léčebné výkony. Filozofické tradice položily základy pro pozdější vědecké zkoumání. K pokračovatelům těchto tradic, kteří sehráli v dalším vývoji vědy svoji úlohu, patřili následovníci učení o tao a učení raného empirismu, alchymisté, astrologové, kteří podrobně popsali sled ročních období a nebeských jevů, filozofové pěti prvků a školy jin/ jang a učení čchi¹. Podobně jako v západních zemích existuje i zde ostrá hranice mezi ranými

¹ Čchi – zahřívá tělo, dodává nezbytnou energii pro látkovou výměnu, chrání proti povětrnostním vlivům a choroboplodným zárodkům, sleduje a zabezpečuje správnou distribuci šťáv (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

předvědeckými léčitelstvími založenými na nadpřirozených jevech a počátky racionálního myšlení a vědeckého zkoumání, které spočívá na zkušenosti a pozorování přírodních jevů. Důvěra v přírodní principy položila základ toho, co dnes známe jako tradiční čínskou medicínu v moderním pojetí (Kao Tuo, 2001).

Z hlediska tradiční čínské medicíny bylo nahlíženo na člověka jako na součást celku – vesmíru, který na něho neustále působí. Z hlediska mikrokosmu je i člověk celkem. V tomto smyslu neexistuje onemocnění jen jednoho orgánu, nebo dokonce jeho části, ale je vždy onemocněním celého jedince. Léčbou jednoho orgánu můžeme ovlivnit jiný orgán. Dochází k vzájemné podpoře, nebo vzájemnému tlumení jejich funkcí (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

1.2 Teorie jin/ jang a pět prvků

Jin a jang jsou pojmy, jež provázejí čínské myšlení už celá tisíciletí. Nejsou přitom výsadou jenom některé filozofické školy, či jenom filozofie. Jsou tak univerzální, jak univerzální je zákonitost, již postihují a vyjadřují. Lze ji nalézt u taoistů, ale také u konfucianů nebo jiných škol, v dávnověku, stejně jako ve středověku nebo novověku. Od samého počátku se s nimi operuje jako se všeobecně známými skutečnostmi, o nichž se ví, co znamenají, a o jejichž významu není nutné polemizovat (Ando, 2001).

Teorie jin/ jang a teorie pěti prvků vytvořené asi ve čtvrtém století př. n. l. se často nazývají teoriemi systematických souvislostí. Důvodem je jejich přínos myšlenky, že vesmír, stejně jako tělo, je soustavou dynamických a funkčních vztahů. Obě teorie se snaží vesmír vysvětlit jako výsledek působení sil a pravidel místo důsledku záměru bohů, předků nebo démonů. Teorie pěti prvků hrála také významnou roli při vývoji čínské vědy a medicíny. I-t'ing (Kniha proměn) pojednává o neustálém toku a vlivu těchto dějů ve vesmíru (Kao Tuo, 2001).

Jin a jang původně znamenaly osluněnou a zastíněnou stranu hory. Čínská věda je posléze přetvořila v protiklady jednoho a téhož jevu, ve složky původní hmotné substance čchi. Jin představuje ženský princip vesmíru, vše, co je hmotné, strukturované, dostředivé, kolabující, konzervativní, pozitivní, jang představuje mužský princip, vše, co je aktivní, expandující, odstředivé, agresivní, vyžadující a negativní. Jedna složka nemůže existovat bez druhé. I-t'ing tvoří základ celé čínské vědy a je také nezbytnou součástí čínského kulturního výrazu. Na poli medicíny je teorie jin/ jang určujícím principem vzájemných vztahů všech medicínských informací. Kombinuje se s dalšími význačnými teoriemi. Její uplatnění je nesmírně široké. Není žádné stránky v čínské civilizaci, v níž by nezanechala otisk (Kao Tuo, 2001).

Jin a jang mají úplně opačné vlastnosti, ale přitom je od sebe není možné oddělit, protože v jednom je obsažený i zárodek druhého. I když obě síly působí bezděčně proti sobě, současně jsou nuceny usilovat o dosažení rovnováhy, povaha je žene k likvidaci svého protějšku, resp. odtržení se od něho, ale vzájemná spjatost s ním je nutí ke kompromisu. Výsledkem je jakási labilní rovnováha, v jejímž rámci jsou ustavičné výkyvy a střídání protikladů. Tato základní charakteristika činnosti jan/ jangu se promítá do všech forem existence a způsobuje cykličnost jejich projevů (je den a noc, léto a zima, život a smrt...). Teorie jinu a jangu se prolíná celou čínskou medicínou. Tato teorie se nazírá z pohledu funkce jin/ jangu v těle, jin/ jangu jako podstaty nemocí, využívá se při určování diagnózy, v prevenci a léčení nemocí (Ando, 2001).

Veledůležitou roli v čínské vědě hraje teorie pěti prvků, která se začlenila do medicínské teorie. Staří Číňané se domnívali, že se vesmír skládá z pěti přeměňujících se prvků, elementů. Na svět se pohlíželo jako na trvalé prolínání pěti přeměňujících se prvků. Mezi tyto prvky náleží Dřevo, Oheň, Země, Kov a Voda. Tato teorie se snažila utřídit základní vlastnosti hmotných věcí v procesu změny. Každá z přeměňujících se fází měla svou vlastní povahu a předpověditelnou souvislost s ostatními. Původně se teoretikové jin/ jang a teoretikové pěti prvků zásadně rozcházel v otázce povahy změny, avšak jejich spor se později vyřešil a dnes se obě teorie navzájem doplňují. Teorie pěti prvků a jin/ jang jsou nyní natolik propojené, že je lze považovat za různé prvky jedné společné představy. Při vzájemném působení spolu prvky mohou soupeřit, vyrovnávat se či se navzájem podporovat, což závisí na jejich vlastní povaze a také na relativní síle. Prvky udržují rovnováhu a harmonii se všemi ostatními. Když každá transformační fáze probíhá přirozeně, funguje všechno hladce. Každá určitá transformace udržuje jinou přeměnu v rovnováze s celkem a naopak ji samotnou vyrovnávají ostatní. V těle existují „fyziologické“ transformační fáze a energie odrážející základní životní síly. Jsou v něm tkáně a orgány, jejichž činnost připomíná transformační fáze jak po stránce fyzické, tak i energetické, a které odrážejí totožné základní vztahy v přírodě (Kao Tuo, 2001).

Na spojení energie těchto prvků lze nazírat třemi způsoby. V Zákonu pěti prvků jsou cykly. Šeng neboli rodící se cyklus je tvořivý cyklus. Ko cyklus je cyklus kontroly. Existuje také obrácený Ko cyklus. V cyklu Šeng oheň produkuje popel (země), země (jako ruda) tvoří kov, kov (hydrolýzou) produkuje vodu, voda produkuje dřevo (umožňuje život rostlinám) a dřevo produkuje oheň (v palivu). S cyklem Ko si oheň podmaňuje kov (tavení), kov si podmaňuje dřevo (krájení, sekání), dřevo si podmaňuje zemi (kořeny), země si podmaňuje vodu (absorbováním) a voda si podmaňuje oheň (uhašením) (Cross, 2009).

1.3 Orgány cang-fu

Cang-fu je obecný název pro orgány lidského těla a zahrnuje šest orgánů cang, šest orgánů fu a zvláštní fu orgány. Srdce, plíce, slezina, játra, ledviny a perikard patří mezi orgány cang, žlučník, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo, močový měchýř a trojitý zářič² náleží k orgánům fu, mozek, morky, kosti, cévy, děloha patří mezi zvláštní orgány fu. Protože perikard představuje ochranný obal srdce, hovoříme o pěti orgánech cang a šesti orgánech fu (Cheng Xinnong, 1987).

Pro činnost organismu je podle čínské medicíny nejdůležitějších pět orgánů cang. Tyto orgány jsou jakýmsi přímým zhmotněním pěti prvků v těle, což se odráží na jejich vlastnostech a vzájemných vztazích, do kterých vstupují podle zákonitostí platných pro pět prvků. Kromě své vlastní činnosti řídí a ovlivňují i jiné části těla, takže organismus se nám odhaluje jako vzájemně propojený celek, kde žádná jeho část není svébytná, ale je ovlivňována jinými, a stejně i sama má vliv na ostatní části. Orgánům cang dále podléhají orgány fu; pět organických tkání wutchi, kam patří šlachy a vazivo, cévy, svalstvo, pokožka a ochlupení, kosti; stav těchto orgánů se projevuje na pěti částech povrchu těla, a to na nehtech, tváři, rtech, ochlupení a vlasech (Ando, 2001).

Díky učení o pěti prvcích můžeme rozeznávat nejbezprostřednější a nejdůležitější souvislosti mezi člověkem a vnějším prostředím – pět orgánů cang a jimi řízené části těla reagují na podněty přicházející zvenku, a to hlavně na ty, které jsou od jejich příslušných prvků (Ando, 2001). Hlavní fyziologické funkce orgánů cang jsou výroba a skladování základních substancí, a to životní esence, čchi, krve a tělních tekutin. Základními funkcemi orgánů fu je přijímat a zpracovávat potravu a odvádět a vylučovat odpadní látky. Přestože se orgány cang a fu od sebe odlišují v oblasti fyziologických činností, existuje určité strukturální a funkční spojení, a to prostřednictvím meridiánů a odboček mezi jednotlivými orgány cang a fu, mezi orgány cang a fu společně a mezi cang-fu orgány na jedné straně a pěti smyslovými orgány a tkáněmi na straně druhé (Cheng Xinnong, 1987).

1.4 Příčiny nemoci

Příčiny onemocnění představují takové činitele nebo podmínky, které v různém stupni způsobují rozvrat vnitřní rovnováhy organismu, a tím vyvolávají patologické změny rezultující do konkrétních onemocnění. Onemocnění lze klasifikovat na ta, která vycházejí

² Trojitý zářič – rozděluje a rozesílá prvopočáteční čchi a řídí všechnu čchi v těle; má jen jméno, nemá pevný tvar (Ando, 2005)

z jinjangového modelu, čili příčiny vyplývají z nerovnováhy mezi složkami čchi v neprospěch některé z nich, a jsou buď jinové, nebo jangové; a dále na tři okruhy příčin nemocí. Do tohoto okruhu příčin nemocí řadíme vniknutí škodlivých činitelů zvenčí do drah čchi a po nich až do orgánů, dále bloky a sraženiny v organismu bránící cirkulaci čchi a také vnější poranění všeho druhu a přílišnou sexuální aktivitu (Ando, 1997).

Mezi zevní příčiny lze zařadit energie větru, tepla, horka, vlhka, sucha a chladu, které, pokud svou silou přesáhly schopnosti adaptace těla, nebo se vyskytly v období pro ně nepříslušné, poškodily povrch těla a akupunktorní dráhy. Při delším působení pak mohly napadnout i vnitřní orgány. Do vnitřních příčin spadají psychické děje emoční nebo rozumové povahy (hněv, radost, starost, smutek, strach atd.), které napadnou při nadměrné síle vnitřní orgány, a proto jsou hůře léčitelné než nemoci ze zevních příčin (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Taktéž je nutné si uvědomit, že jednotlivé orgány cang souvisejí s jednotlivými ročními obdobími. Z toho vyplývá, že orgány nejcitlivěji reagují na podnebí svého příslušného období, a v případě, že trpí nevyvážeností své čchi, tento vnější vliv je nejintenzivněji zasáhne a poškodí právě v jejich roční době. Játrům se to děje na jaře, srdci v létě, slezině na konci léta, plicím na podzim a ledvinám v zimě. Kromě toho se mohou objevit i jisté neobvyklé situace vyplývající z přílišnosti anebo nedostatečnosti energie jednotlivých ročních období. Přílišnost vzniká tak, že příslušné období ještě kalendářně nenastalo, ale jeho energie již přitom dorazila. Takovýto výkyv směrem k přeplněnosti způsobí, že příslušný orgán-prvek bude deformovat vzájemné vztahy mezi orgány³, čímž bude rušivě působit na potřebnou celkovou rovnováhu mezi orgány. Příčinou nedostatečnosti energie období je taková situace, kdy naopak roční období už kalendářně započalo, ale jeho čchi se ještě nedostavila. Za této situace dojde k tomu, že daný orgán-prvek namísto ovládnutí bude sám pokořen původně ovládaným orgánem, a k tomu jej navíc začne potlačovat i jeho ovládající orgán (Ando, 2001).

1.5 Metody léčby

Tradiční čínská medicína obsahuje velké množství metod léčby. V následující kapitole bude uveden jejich přehled a stručná charakteristika každé z nich. Akupunktura pak bude věnována samostatná kapitola.

³ Vztahy mezi orgány – činnost orgánů a jejich funkce nejsou od sebe izolovány, ale vstupují do stejných vzájemných vztahů. Aby orgány mohly normálně pracovat ve vyváženém prostředí, musí se ve svých činnostech navzájem podporovat, doplňovat, ale i kontrolovat a ovládat. Zde se projevují a uplatňují dva konstruktivní vztahy, a to vzájemné rození a vzájemné ovládnutí (Ando, 2001).

Nejznámější léčebnou metodou čínské medicíny je **akupunktura**. Její podstatou je působení na určitá místa na povrchu těla a tím vyvolání reakce organismu (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Manupresura představuje metodu spočívající v mačkání akupunkturálních bodů. Jedná se o starou čínskou metodu, která vychází z akupunktury, přejímá její základní učení. Vychází tedy z principu obnovování životní energie čchi, z principu meridiánů, z principu pěti prvků a z principu jin a jang (Janča, 2000). Tlak prstů je nejstarším a nejjednodušším způsobem ovlivňování akupunkturálních bodů. Jde o regulaci nerovnovážného systému, zlepšení krevního oběhu a látkové výměny, a to zejména ve vazivových tkáních a svalstvu. Na kůži odstraňuje povrchní odumřelé buňky, zlepšuje kožní dýchání a upravuje místní prokrvení, napětí svalstva. Uvolňuje svalové stahy a únavu, zlepšuje stav vaziva, upravuje mízní oběh a tvorbu kloubního mazu. Reflexně působí na celý nervový systém, zejména u vegetativních poruch napětí svalstva (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Aurikuloterapie je název pro akupunkturu ušního boltce. Vychází z teorie, že se na ušním boltci promítá obraz celého člověka, jakoby v nitroděložním životě, to je hlavou dolů. Projekce hlavy se tedy nachází na ušním lalůčku, páteř na anthelixu⁴, vnitřní orgány v jámě kolem zevního zvukovodu, hrudní orgány v dolní části, břišní orgány v horní části, horní končetiny v prostoru mezi projekcí páteře a okrajem ušním, dolní končetiny v trojúhelníkovité jamce v horní části ucha. Aurikuloterapii lze využít pro diagnostikování pomocí měření kožního odporu a taktéž k terapii různých onemocnění (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Reflexní terapie je jedna z nejstarších přírodních léčebných metod vůbec. Její stáří se stejně jako u akupunktury odhaduje kolem 5000 let. Tato metoda vychází ze skutečnosti, že na všech zakončeních těla jsou zároveň nervová zakončení. Tyto vývody představují plošky o rozsahu od 0,25 do 8 cm². Na chodidlech jsou reflexní plošky všech orgánů lidského těla. Umístění, velikost a tvar plošek jsou dány jejich obdobnými parametry přímo na lidském těle. Přední část těla a orgány, které jsou uloženy blíže přední části těla, jsou na nártu chodidla, zadní část těla a orgány uloženy blíže zadní části těla, jsou na šlapce. Reflexní masáže jsou velmi účinným prostředkem jak pro prevenci, tak i pro vlastní terapii. Pro efekt masáže není rozhodující síla přítlaku, nýbrž správná lokalizace reflexní plošky a vlastní technika masáže (Janča, 2000). Síla působení se musí řídit stavem postiženého orgánu. U zanícených orgánů působíme tlumivě, jemně, tam, kde je orgán oslaben, tlačíme silně, působíme povzbudivě.

⁴ Anthelix – hrana kopírující okraj ucha (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Masáž se provádí několikrát denně po kratší dobu, doba působení na některé plošky je stanovena, u jiných neomezená (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

V chladných oblastech na severu Číny vznikla **moxa** – požehování. Jedná se o nahřívání, prohřívání a připalování aktivních akupunkturálních bodů. Moxování dodává nemocnému ztracenou energii. Užívá se především k léčbě oslabených, starších, dlouhou nemocí vyčerpaných nemocných. Počet bodů k jejímu provádění činí asi 100 bodů. Rovnoměrným, pomalým hořením směsi léčebných látek, z nichž převahu tvoří pelyněk, vzniká teplo, které proniká do hlubších vrstev, ohřívá akupunkturální body a dráhy a podporuje v nich oběh energie a krve. Tím vyhání z těla vlhkost a chlad, odstraňuje stagnaci krve a doplňuje spotřebovanou energii. Indikacemi jsou onemocnění vyvolaná chladem a vlhkostí a onemocnění, u nichž je oslabená životní energie čchi. Vzhledem k celkově povzbuzujícím účinkům dodáním energie je vhodná všude tam, kde se jedná o oslabení – při únavových stavech, vyčerpanosti, depresích, nízkém krevním tlaku, impotenci, pocitu chladu v těle a v rekonvalescenci. Využít ji lze i k prevenci těchto onemocnění (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Fytoterapie patří k nejstarším a nejúčinnějším způsobům léčby. Byliny pomáhají léčit, dodávají organismu potřebné chybějící látky, především některé stopové prvky. Hlavní význam léčby bylinami je v možnosti každodenní léčby. Byliny mohou tlumit bolesti, podráždění i jiné poruchy. Oproti syntetickým lékům jsou levnější, bezpečnější a mnohdy účinnější než mnohé léky sloužící k léčbě stejných potíží. Bylinnou léčbu lze provádět i ve smyslu **aromaterapie**, kde vdechovaná vůně bylin přináší úlevu od některých potíží. Používá se k ní esenciálních olejů a byla používána již ve staré Číně (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Pro zdraví je samozřejmě nezbytná správná **životospráva**. Po celou dobu existence čínské medicíny doporučovali čínští lékaři svým pacientům různé druhy potravin jako součást léčby jejich nemocí. V šestnáctém století za dynastie Ming shromáždil a zapsal slavný lékař Li Š'-čen v *Kompendiu Matera Medica* množství receptur na léčení nemocí. V každé době se příprava potravy považovala za jeden ze základních léčebných prostředků čínské medicíny. Předtím, než doporučí nemocnému léčebnou dietu, musí lékař uvážit mnoho skutečností. Bere v úvahu pacientovu konstituci, povahu jeho onemocnění, druh příznaků a roční období a klimatické změny (Kao Tuo, 2001). Ovoce a zejména zelenina mají ochranný účinek proti všem epiteliálním nádorům žaludku, střev, hltanu, plic, prsu, děložního hrdla, vaječnicků, prostaty. Chorobu musíme nejdříve určit, pak ji v první řadě musíme léčit stravou. Až poté, co se to nedaří, nasadíme léčivé byliny a další prostředky (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

Čchi kung je cvičení, které zdůrazňuje prevenci, předcházení nemocem, jako klíčovou součást léčení. Dovoluje do jisté míry přijímat energii z okolí, ze země i vesmíru. Dlouhodobé praktikování umožňuje příznivě ovlivňovat vrozené předpoklady, např. konstituci nebo dědičné choroby i astrologické vlivy. Pravidelné cvičení umožňuje rozvoj člověka po celý život. Má mimořádně příznivý vliv na fantazii a podporuje intuitivní způsob myšlení (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

2 Akupunktura

Akupunktura jako stěžejní léčebné technice pro naši práci věnujeme samostatnou kapitolu, ve které přiblížíme vznik a vývoj této metody, podstatu jejího působení a její účinky na léčbu nemocí.

2.1 Vznik a vývoj akupunktury

Akupunktura představuje populární léčebný prostředek, protože se jedná o léčbu snadno aplikovatelnou, lze ji použít na širokou škálu onemocnění, léčebný efekt nastupuje rychle, je bezpečná a ekonomická. V minulých tisíciletích nehrála akupunktura významnou roli pouze v Číně, velice rychle se totiž rozšířila do zahraničí, kde se stále více lidí přesvědčovalo o její léčebné hodnotě. Její využití spočívá ve výběru vhodných bodů v závislosti na teorii akupunkturálních drah (Fu Weikang, 1985).

Podle záznamů starodávných čínských lékařských knih byly akupunkturální jehly zpočátku vyráběny z malých ostrých kamenů, kdy byl kámen použit k tomu, aby byl vpíchnut do určité oblasti nebo tlačil na určitou oblast povrchu těla, čímž léčil různé choroby. Později k ostrým kamenům přibýly ostřené kosti a bambus. Po objevu keramiky se začaly vyrábět jehly keramické, s rozvojem hutnictví započala výroba jehel bronzových, kovových a stříbrných, které byly nejrůznějších tvarů a byly využívány k různým účelům. Dnes jsou používány jehly z nerezavějící oceli (Fu Weikang, 1985).

Mnoho diskusí na téma využití akupunktury lze nalézt v lékařské knize *Kánon medicíny Žlutého císaře*, kde je v jedné části této knihy detailně popsána teorie drah a bodů, vybavení a metod užití jehel, jejich využití a kontraindikace. Tato část knihy byla později nazvána *Kánon akupunktury*, protože je to základ pro tuto terapii vůbec (Fu Weikang, 1985).

Teorie a praxe akupunktury tedy čerpá z několika tisíciletých zkušeností orientální medicíny, využívá však i současné morfologické a fyziologické poznatky a hlavně čerpá z klinických zkušeností získaných jejím používáním v podmínkách moderní medicíny. Akupunktura představuje speciální a rozsáhlou medicínskou problematiku, protože reprezentuje ucelený systém diagnostiky, prevence a léčby, využívá komplexní psychosomatický přístup k pacientovi, vychází z podrobně rozpracované soustavy bodů a drah, které jsou informačními vstupy do psychosomatického systému organismu, využívá bodovou stimulaci, při které se aktivují hluboké struktury proprioreceptorů, čímž se využívají běžně nepoužívané vstupy a kanály informačního přenosu. Nepoužívá žádné vstupy, které by

mohly organizmu škodit, působí ve všech fázích nemoci, jejím cílem je léčit celý organismus, zmobilizovat jeho obranné síly, normalizovat, regulovat a vyladit jeho fyziologické pochody (Balogh a kol., 2001).

2.2 Podstata a využití akupunktury

Podstatou akupunktury je cílené ovlivňování organismu specifickým drážděním přesně určených míst na povrchu těla, na sliznicích, v podkoží a svalstvu zaváděním speciálních jehel, působením tepla, tlakem, elektrickým proudem, světelným paprskem, zvukem apod. Jedná se o tzv. aktivní body. Důležité je právě dráždění přesně určených bodů na lidském těle. Jejich podrážděním lze podle dlouholetých zkušeností příznivě ovlivnit funkci nemocných orgánů a zmírnit, popřípadě odstranit potíže nemocných (Růžička, 2003).

Tyto body jsou jako dráhy a odbočky rozmístěny po celém těle, spojují vnitřní orgány cang-fu s různými tkáněmi a vzdálenými orgány, čímž se stává tělo organicky uceleným. V samotné síti drah a odboček představují dráhy jakési hlavní kmeny, které se vztahují k určitému cang-fu orgánu, zatímco odbočky jsou vedlejší větve rozmístěné do celého těla (Essentials, 1980).

Tato místa jsou známa odnepaměti, trvalo však celá tisíciletí, než jich klasická čínská medicína nasbírala tolik, aby je mohla zařadit do spořádaného taoistického obrazu světa – tři sta šedesát pět bodů na každé straně těla tak, aby tento počet souhlasil s počtem dní v roce. Díky detektorům se však v posledních desetiletích podařilo zjistit, že je jich více, pro tradiční akupunkturu je však toto původní číslo důležité. Samotné body jsou místa velmi nepatrná, jejich plošný celek dohromady nepředstavuje více než jedno procento povrchu kůže. Body jsou na pohmat citlivější než okolní kůže, někdy i velmi výrazně i u jedince zdravého (Kajdoš, 1997).

Akupunktura se odlišuje od ostatní reflexní léčby tím, že při ní dochází k malému podráždění co do rozsahu místa podráždění, jedná se o specifický charakter dráždění s minimálními bolestivými komponentami, dráždění nepůsobí jen na kůži, ale i na receptory hlubších tkání, výsledný efekt léčby působí často vzdáleně od místa podráždění (Růžička, 2003).

Balogh a kol. (2001) uvádí jako hlavní indikace, při kterých jsou příznivé účinky akupunktury jednoznačně prokázané tyto: onemocnění a stavy provázené akutními nebo dlouhotrvajícími bolestmi; onemocnění nervového systému se senzorickými a motorickými poruchami; psychické a psychogenní poruchy; neurózy a pseudoneurózy a stavy z nich vyplývající; funkční poruchy a onemocnění orgánových soustav; alergická onemocnění a

imunodeficientní stavy; zánětlivá, vertebrogenní a revmatická onemocnění; stavy po úrazech; toxikomanie; prostředek k vyvolání hypalgezie⁵ při chirurgických výkonech a bolestivých vyšetřeních; léčba obezity, impotence, frigidity.

2.3 Dráhy a aktivní body

Síť meridiánů (drah) a odboček je úzce spojena s tkáněmi a orgány a hraje významnou roli v lidské fyziologii, patologii, prevenci a léčbě onemocnění. Hlavními funkcemi drah jsou transport čchi a krve a regulace jinu a jangu v organismu, obrana vůči patogenům a informace o symptomech a příznacích onemocnění a dále také přenos vzruchu ze vpichu a regulace nedostatku a nadbytku (Cheng Xinnong, 1987).

Každá ze čtrnácti drah na povrchu těla má svůj vlastní průběh. Dvanáct řádných drah je vedeno symetricky na pravé i levé straně těla, náleží k nim tři jinové dráhy ruky (dráhy plic, srdce a perikardu), které vedou od hrudníku k ruce, tři jangové dráhy ruky (dráhy tlustého střeva, tenkého střeva a tří ohňů), které vedou od ruky k hlavě, tři jangové dráhy nohy (dráhy žaludku, močového měchýře a žlučníku), které vedou od hlavy k chodidlu a tři jinové dráhy nohy (dráhy sleziny, ledvin a jater) vedoucí od chodidla k břichu a hrudníku. Dráhy přední střední a zadní střední mají počátek v perineu a stoupají středem přední a zadní části těla (Essentials, 1980). Při celkovém pohledu na systém drah hovoříme o dvanácti drahách základních neboli hlavních, dále o osmi drahách mimořádných neboli zázračných a o patnácti drahách LUO neboli sekundárních drahách (Vogralik, Vogralik, 1992). Kompletní schéma systému drah uvádíme v přílohách 2 – 16.

K propojení jinových a jangových drah a k protékání čchi dochází na nejvzdálenějších místech periferie těla. Pro kontakt jangových drah je příznačné, že do sebe vstupují vždy dráhy stejné mocnosti, že všechny spoje jsou na hlavě, a že se pokaždé jedná o propojení drah z drah rukou do drah nohou. Jinové dráhy se spojují v jinové části těla – v hrudi, přičemž dráhy nohou vnikají do drah rukou. Dvanáct drah plynule přechází jedna do druhé a kromě toho jsou ještě vícenásobně propojeny celou sítí odboček, jež zajišťují propojení povrchu a vnitřku. Každá dráha má vnitřní průběh do svého orgánu, odkud ještě vysílá spojku do sdruženého orgánu. Další propojení je pak na končetinách přes body přechodu luo do sdružené dráhy. Třetí propojení zajišťují boční větve drah, které se z dráhy oddělují, vstupují dovnitř těla a nakonec se vracejí. Boční větve jinových drah přitom vtékají do sdružených jangových drah, zatímco boční větve jangových drah se opět vracejí do vlastní dráhy. Tím se

⁵ Hypalgezie – snížené vnímání bolesti (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

vytváří šest spojení, které zajišťuje spojení zevnějšku a vnitřku, spojení mezi jinovými dráhami a hlavou (Růžička, 2003).

Aktivní body mohou být rozděleny na čtyři skupiny, a to body nestálé, mimodráhové, mimořádné a klasické. Body **nestálé** nemají přesné umístění a objevují se jako značně citlivé body jen u některých nemocí a akupunktura v těchto bodech většinou přináší značný efekt. Body **mimodráhové** doplňují klasické body, mají přesné umístění, ale leží mimo tzv. dráhy, popsáno je 171 těchto bodů. Body **mimořádné** leží sice na klasických dráhách, ale nejsou zahrnuty v klasické akupunktuře. **Klasické** body leží na tzv. dráhách, tyto dráhy spojují jednotlivé body, u nichž se předpokládá spojení s určitých vnitřním orgánem a tvoří určitou síť. Podle vztahu k jimi ovládanému orgánu jsou také pojmenovány. Všechny začínají nebo končí na končetinách, a to na jejich konečných částech, a mohou být rozděleny na body s lokálním a všeobecným účinkem (Růžička, Sosík, Wang, 2003). Rozsah práce bohužel neumožňuje bližší seznámení s jednotlivými body, schéma průběhu dvanácti řádných drah a dráhy přední střední a zadní střední uvádíme v přílohách 2 – 16.

2.4 Neurofyzilogické mechanismy účinku akupunktury

V současné době je prokázáno, že bodová stimulace a především akupunktura jsou variantou reflexní terapie. Od jiných fyzioterapeutických metod se akupunktura liší tím, že její aplikace je bodová, zprostředkovaná receptory kůže, svalů, šlach a cév, má svoji specifickou metodiku, která zahrnuje různé způsoby dráždění lišící se intenzitou a dobou trvání. Smyslem je vyvolat místní, segmentální a celkové změny v organismu, které normalizují funkci orgánů a funkčních systémů. Konečným efektem je pak obnovení homeostázy organismu. Současní východní lékaři při objasňování mechanismu účinku akupunktury zdůrazňují význam nervové soustavy (Vogralik, Vogralik, 1988).

Vpichem akupunkturní jehly do akupunkturního bodu je vyvolána nenocicepční aferentní aktivita v periferní nervové soustavě v oblasti prvního senzitivního neuronu. Vedle psychologické odpovědi vyvolá i nespecifický senzitivní vliv. Existují spoje mezi akupunkturními body a vnitřními orgány, které se nacházejí v daném dermatomu. Z akupunkturního bodu jde vzruchová aktivita senzitivními nervy. Lokální specifičnost bodu v průběhu nemoci závisí na interneurální topografii nervových vláken a charakteru jejich kalibrového spektra. Seskupováním senzitivních vláken v jednom nervu z odpovídající krajiny umožňuje maximální stimulaci nemocného. Výsledek aktivity se projeví v tom nervu, v jehož area nervina akupunkturní bod leží. Vpichem mimo akupunkturní bod se spustí jen menší nespecifický účinek (Růžička, 2003).

Při jakékoli variantě bodové stimulace a především při tradiční akupunktuře dochází k podráždění receptorů kůže. Vzniká bolest, to však není účelem zásahu. Nejšetrnější způsob zavedení jehly do akupunkturního bodu se považuje za nejsprávnější. Podprahové dráždění taktilních receptorů a některých receptorů bolesti při dlouhodobém zavedení jehly vyvolává vznik jednotlivých fází parabiózy. Po ukončení dráždění se funkce receptorů obnovuje. Tím lze částečně vysvětlit mechanismus lokálního znecitlivění po akupunktuře, který se využívá v chirurgické praxi. Z místa stimulace se potom nervový vzruch šíří senzitivními somatickými a patrně i vegetativními vlákny centripetálně a podněcuje organismus k řadě odpovědí (Vogralik, Vogralik, 1988).

Podle druhu podráždění dochází k zesílení nebo oslabení aktivity sympatiku, což vede k selektivnímu účinku na vegetativní regulaci, a to v rámci odpovídajících páteřních segmentů, kde působení na vegetativní systém má taktéž analgetický účinek, dále mezi terminálními a počátečními jádry somatických nervů a přes dlouhé propriospinální, eventuálně spinobulbární spoje. Inhibice jdoucí po silných nervových vláknech redukuje aktivitu sympatiku, bolest v Headových zónách.⁶ Posílení impulsů, které jdou po slabých nervových vláknech, posiluje aktivitu sympatiku. To vysvětluje sedaci a tonizaci. Veškeré děje v nervovém systému jsou reflexní povahy. Existují rozličné cesty mnohostupňovitého začlenění jednotlivých funkčních systémů organismu až do buněčné a subbuněčné úrovně. Složitý komplex procesů začíná v okamžiku styku fyzikálního faktoru s různými receptory kůže a hlubších tkání. Funkční a morfologické změny v nervových útvarech kůže jsou doprovázeny zesílením místních fermentativních biochemických procesů na buněčné a subbuněčné úrovni a změnou obsahu biologicky aktivních látek. Další rozšíření podráždění na rozličné úrovně nervového systému je provázáno vznikem biologicky aktivních látek a neurohormonů. Dochází ke změně homeostázy a tkáňového metabolismu (Růžička, 2003).

Při onemocnění vnitřních orgánů dochází k teritoriálním změnám povrchového citění. Změny dráždivosti vedou v kožních zónách k narušení cévní inervace. Dochází k místním spazmům nebo k dilataci cév, k reflektorickým svalovým kontrakturám, ke změnám v rezistenci kapilár, kožních elektropotenciálů a k dalším změnám. Hlavní podstata akupunktury vychází z tohoto vzájemného vztahu mezi povrchem těla, vnitřními orgány a z možnosti působit z těchto míst na povrchu těla na patologicky změněnou činnost organismu. Existuje totiž zákonité spojení mezi vnitřními orgány a kožními metamerami. Tyto zóny

⁶ Headovy zóny – oblasti na kůži, jejichž inervace vychází ze stejných míšních segmentů jako inervace určitých vnitřních orgánů. Vzhledem k četným spojmům mezi buňkami v míše se proto onemocnění vnitřních orgánů mohou projevit bolestivostí v dané oblasti kůže (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

odpovídají mozkově-míšním segmentům, ve kterých se nachází vegetativní inervace jim odpovídajících orgánů. Jedním z fenoménů vznikajících při onemocnění vnitřních orgánů jsou bolesti a hyperstezie v dermatomech – zónách Zacharina-Headova. Kromě hyperstezie v těchto dermatomech mohou být i vazomotorické, pilomotorické i sekreční změny. Mezi zónou Zacharina-Headova a nemocným orgánem je určitý anatomicko-fyziologický spoj, viscerosenzitivní reflex. Kůže je tak zrcadlem viscerální bolesti. Při podráždění těchto zón lze obdržet zákonitou odpověď ze strany porušeného orgánu, jedná se o kožně viscerální reflex (Růžička, 2003).

Odpověď organismu na akupunkturu je složitá a skládá se minimálně ze tří druhů reakcí, které jsou vzájemně podmíněny a zprostředkovány nervovou soustavou. Jde o reakci místní, segmentální a celkovou (Vogralík, Vogralík, 1988). Zavedení jehly zprvu působí **místní reakci**. Je to především mechanické podráždění exteroceptorů kůže. Podráždění kožních receptorů má pravděpodobně hlavní význam v počáteční fázi korových mechanismů. Naproti tomu čím hlouběji se jehla zavádí, tím více vstupují do děje podráždění méně diferencované receptory. Podráždění hluboké tkáně dává difúznější charakter počitku, což je spojeno s drážděním proprioceptorů. Mezi tkáněmi a jehlou se vytváří elektrický potenciál, dochází k proudu iontů a k elektroforetickému narušení buněk. Uvolnění aktivních chemických látek – histamin, acetylcholin, sympatiny – působí na chemoreceptory. Následující komponenta reakce – vzájemné dění mezi povrchem těla a vnitřními orgány – vzniká aferentací vzruchů do míšních segmentů – **segmentační reakce**. Tyto reakce vznikají především v těch orgánech a tkáních té viscerálně segmentační zóny, ze které vzešlo dráždění. Rozšířením impulsů až do podkorových center a do kůry mozkové vzniká **celková** povšechná **reakce**. Děje se cestou neurogení, humorální a hormonální (Růžička, 2003).

3 Dětská mozková obrna

V následující kapitole přiblížíme problematiku dětské mozkové obrny, budeme se věnovat její charakteristice, popíšeme veškeré její formy, část kapitoly budeme věnovat problematice poruch u dětské mozkové obrny, a to poruchám hybnosti a řeči. Taktéž se zmíníme o možnostech rehabilitace u tohoto postižení, možnostech rozvoje pohybových a dorozumívacích dovedností.

3.1 Charakteristika

V odborné literatuře nalezneme několik definic dětské mozkové obrny (dále jen DMO). Jednu z nejnovějších přináší Kraus (2005, s. 67): „Dětská mozková obrna (DMO) je trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku.“ Lesný a Špitz (1989, s. 112) ve své definici říkají, že „dětská mozková obrna je porucha hybnosti a vývoje hybnosti vzniklá v nejranějším vývojovém období. Je to neprogresivní onemocnění, ale ne neměnné. Mění se s vývojem a zráním.“ Různí autoři se liší v názoru, jak dlouhé období po porodu lze zahrnout do období perinatálního. Kábele (1988) uvádí, že zpravidla se považuje za rozhodující období celá doba nitroděložního vývoje, období porodu a dva až tři měsíce, popřípadě jeden rok po porodu, kdy se poškození mozkové tkáně v tomto období projevuje typickými poruchami vývoje hybnosti, řeči i psychiky, které jsou podstatně odlišné od poruch, které jsou následky pozdějšího poškození mozku již vyvinutého. Kromě poruch hybnosti Kábele taktéž zmiňuje výskyt poruch řeči, poruch sluchu a zraku, poruch intelektu a chování. V základní charakteristice choroby se podle něj nejčastěji vyskytují poruchy intelektu a poruchy řeči.

Kraus (2005) dále uvádí, že projevy a příznaky DMO nejsou neměnné – změny nastávají zejména v muskuloskeletární oblasti. Změny svalového tonu a pohybových funkcí jsou patrné zejména v období kojeneckého a raného dětského věku, kvůli čemuž je mnohdy třeba vyčkat se stanovením formy DMO až do věku 3-4 let. Důsledkem vývoje a zrání nervového systému a různého stupně poškození dochází k rozvoji obrazu definitivní formy DMO až v průběhu kojeneckého věku, u některých forem mohou být typické klinické projevy patrné až během druhého roku věku, ojediněle i později.

3.2 Formy DMO

U různých autorů se setkáme s odlišným členěním forem DMO. Lesný (1980) dělí DMO na formy spastické, kam řadí formu diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou a na formy nespastické, do kterých řadí formu hypotonickou, dyskinetickou, rigidní, mozečkovou a zvláštní skupinu tzv. nevyhraněných syndromů. Kraus (2005) rozděluje DMO do šesti základních forem, a to na hemiparetickou, která zahrnuje hemiparézu kongenitální a získanou, bilaterální spastické formy, kam spadá diparetická forma, triparetická forma a kvadruparéza, dále se jedná o dyskinetickou formu, cerebelární formu, smíšené formy a neobvyklé obrazy DMO. V následujícím stručném popisu každé formy DMO budeme vycházet z rozdělení dle Krause (2005).

3.2.1 Hemiparetická forma

Hemiparéza označuje jednostrannou poruchu hybnosti, nejčastěji spastického typu. Lesný (1972) popisuje spasticitu jako zvýšení svalového tonu, které je závislé na stimulaci, zvětšuje se napnutím svalu, tzv. napínací reflex. Spasticita je uvolnění míšních center z kontroly vyšších center, a to hlavně z kontroly retikulární formace kmene a z kontroly supresorních korových areí ve frontální premotorické oblasti.

Může se jednat o hemiparézu kongenitální a získanou. Kongenitální hemiparéza je definovaná centrální hemiparézou při lézi, která vznikla před koncem neonatálního období (do 28. dne věku). Centrální hemiparézou charakterizují jednostranná paréza a spasticita, akrálně⁷ zde dominuje oslabení. Držení končetin je u dětí s hemiparézou charakteristické, a to tím, že paže je v abdukci a vnitřní rotaci, předloktí v semiflexi a pronaci, zápěstí ve flexi, prsty v extenzi s abdukčním držením palce. Na dolní končetině převažuje extenční držení a equinus nohy. Převažuje postižení horní končetiny. Hybnost tváře nebývá změněna, je opožděný růst postižené poloviny těla. Objevují se význačné a persistující asociované pohyby. Při nevhodné terapii se rozvíjejí kontraktury, vzniká skolióza. Taktéž se objevují defekty zrakového pole, poruchy v oblasti okulomotoriky, častý je strabismus či atrofie optického nervu. Nejvýznamnější komplikací je epilepsie, která postihuje 27 až 44 % osob s hemiparézou. U 18 až 50 % osob s hemiparézou se setkáme s mentální retardací, přičemž výskyt mentální retardace koreluje s mírou hemiparézy. Současně se u těchto dětí mohou vyskytovat specifické poruchy školních dovedností. Forma má vztah k poruchám vývoje řeči a mluvení, poruchy řeči však nesouvisejí s lateralizací léze (Kraus a kol., 2005).

⁷ Akrální – okrajový (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

Získaná hemiparéza akutní se může objevit v různém věku, většinou se však projevuje v prvních třech týdnech. Začátek je obvykle akutní s křečemi nebo s bezvědomím, většinou s maximem pseudochabé hemiparézy od počátku obtíží. Vyskytuje se také centrální paréza lícního nervu. Většinou se později rozvine spasticita. Pokud se jedná o levostranné postižení, dochází k afázii. U některých dětí zůstává těžká hemiparéza s přetrvávající slabostí, u jiných může dojít k úplné úpravě – prognóza většinou souvisí s etiologií léze (Kraus a kol., 2005).

U každého případu hemiparetické formy DMO jsou postiženy obě hemisféry, jenom se to obvykle neprojeví na hybném syndromu. Časté jsou kombinace hemiparetické formy s diparetickou, kvadruparetickou nebo i přechody ke dvojí hemiparéze.

Lesný a kol. (1972) uvádějí, že se hemiparéza může vyvíjet dvěma způsoby. Buď se objeví atetotické držení na postižené ruce s hyperextenzí v metakarpofalangeálních kloubech s drobnými, nepotlačitelnými atetotickými pohyby, nebo dojde k hypotonii až k atonii postižené ruky. Atonie se objevuje u těžších forem. K oběma změnám dochází většinou kolem 6. až 8. roku. Také může zůstat celkem stacionární.

3.2.2 Bilaterální spastické formy

Při těchto formách jsou postiženy obě poloviny těla, kdy nejčastější formou je forma diparetická, při které je postižení dolních končetin výraznější. Svalový tonus na dolních končetinách je zvýšený, u některých novorozenců však již může být hypotonie, apatie a problémy s výživou. Většinou je však prvních šest až dvanáct měsíců latentní období, po kterém následuje rozvoj hypotonie. Následuje stadium dystonie s mimovolnými nepotlačitelnými generalizovanými pohyby. Další spastické stadium představuje flexe kyčlí a tendence k flexi kolen. Kyčle jsou flektované a addukované, kolena flektována s valgózním postavením, častý je equinus. Při těžkém postižení dítě nedosáhne chůze, protože nemá dostatečnou rovnováhu, má hypotonii trupového svalstva a kontraktury. Maximum postižení je tedy na dolních končetinách, drobné postižení však může být i na končetinách horních, které může být rozmanité. Dále se může zřídka objevit epilepsie, častý je strabismus a problémy s vizuální percepcí, intelektové schopnosti jsou relativně zachované, s výraznějším postižením horních končetin se pojí nižší úroveň intelektu (Kraus a kol., 2005). Chůze je porušena v různém stupni – v nejtěžších případech nemohou děti přirozeně chodit vůbec. Většinou dává chůzi ráz převaha extenzorového adduktorového tonu: chůze po špičkách prstů, digitigrádní a nůžkovitá, poněvadž děti kvůli kontraktuře adduktorů stehien překračují. To někdy ztěžuje rovnováhu takže se tito jedinci kolébají. Pokud převažují kontraktury na

flexorech bérce, jde jedinec kývavě po špičkách prstů s ohnutými koleny – tato chůze se nazývá lidoopí (Lesný a kol., 1972).

Lesný a kol. (1972) hovoří navíc o diparetické formě paukospastické, kam zahrnuje méně časté případy diparéz bez abdukčních stehenních kontraktur. Nejsou zde nikdy tak výrazné kontraktury, skoro vždy chybí pyramidové jevy iritační flekční, nikdy extenční. Zato často bývají drobné mozečkové příznaky – ataxie, poruchy koordinace, jež se sice vyskytují u všech forem, ale u této nejvíce. Patří sem i přechodné spasticity, jež se ve čtyřech měsících objeví a do jednoho až dvou let vymizí a dítě má pak jen malý hybný defekt. Chůze není nůžkovitá ani lidoopí, ale kolébavá se zatížením přední části planty, IQ je většinou v normě, epileptické záchvaty nejsou skoro nikdy.

Ataktická diparéza neboli spasticko-ataktická diparéza se zprvu projevuje výraznou hypotonií, která postupně přechází ve spasticitu s hyperreflexií, později se objevuje tremor⁸ a titubace⁹ v sedu, které mohou znemožnit stoj nebo chůzi bez pomoci. Ataxie¹⁰ může ovlivnit jemnou motoriku. U triparézy je výrazné motorické postižení u 80 % dětí, u 2/3 se objevuje mentální retardace a u poloviny dětí epilepsie (Kraus a kol, 2005).

Nejtěžší formou DMO je kvadruparéza. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního¹¹ svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefálií. Zřetelnější nález bývá na horních než na dolních končetinách, je zde bilaterální spasticita s obrazem připomínajícím oboustrannou hemiparézu, parézy mozkových nervů, bulbární syndrom, alálie nebo významná dysartrie a časně vznikají kontraktury. Dále se objevují poruchy oromotorických funkcí a epilepsie (Kraus a kol., 2005).

Kvadruparetická forma vzniká na podkladě difúzních mozkových onemocnění, kdy je závažně poškozen i mozkový kmen. U nejtěžších případů dochází ke spastickému epistotonu, což se projeví již v nejranější době, kdy je dítě stočeno nazad a paravertebrální šíjní svaly jsou v nepřekonatelné kontraktuře. Kontraktura horních i dolních končetin je pak prakticky vždy extenzní (Lesný a kol. 1978).

3.2.3 Dyskinetická forma

Při této formě DMO můžeme u jednoho dítěte pozorovat různé typy abnormálních pohybů, které mohou mít odlišnou etiologii. Základní poruchou dystonicko-dyskinetické

⁸ Tremor – mimovolní rytmický pohyb různých částí těla, nejnápadněji rukou (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

⁹ Titubace – kolísání při stoji či chůzi v důsledku některých nervových poruch (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

¹⁰ Ataxie – poruchy hybnosti a koordinace pohybů způsobená onemocněním nervového systému různé etiologie (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

¹¹ Bulbární – vztahující se k prodloužené míše (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

formy je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu. Tato forma se nejčastěji vyvíjí z hypotonického syndromu. Objevuje se dystonické nadměrné otevření úst, neschopnost výdrže v určité poloze, připojují se mimovolní pohyby končetin, akrálně na končetinách se objevuje atetóza. Nedostatečná kontrola tonu trupu brání rozvoji stoje a chůze. Děti mají problémy s výslovností a artikulací, někdy se připojuje porucha sluchu, značný problém je se sliněním. Při každém pokusu o pohyb se objevuje grimasování a neúčelné kontrakce. Inteligence bývá v normě, jsou zde však poruchy jemné motoriky, epilepsie je vzácná, časté jsou zrakové problémy (Kraus a kol., 2005).

Pro dyskinetickou formu jsou typické syndromy, tzv. „extrapyramidové“, které se projevují buď nepotlačitelnými pohyby (atetóza¹², chorea¹³, balismus¹⁴, myoklonie¹⁵, lordotická dystonie¹⁶) nebo rigiditou¹⁷. Dyskinézy se vyvíjejí z hypotonie nebo hypertonie, ale mají i vývoj další, protože příznaky z poruchy subkortikální motorické regulace mají výrazný vývojový ráz, neboť různé extrapyramidové syndromy se objevují v rozličném věku. Většina jedinců s dyskinézou, kteří se naučí chodit, chodí s torzní dystonií (stáčejí trup). Středně těžký atetotický syndrom se ve věku kolem 4-6 let mění v dyskinézu balistickou nebo choreatickou, nebo jejich kombinaci. Nejtěžší případ atetotické dyskinézy se změní ve třech až čtyřech letech v tenzní atetózu. S vývojem se mění i lokalizace dyskinéz, která může být extenční, flekční či kombinovaná (Kraus a kol., 2005).

3.2.4 Cerebelární forma

Tato forma se objevuje až po 1. a 2. roku věku, kdy dítě začíná normálně chodit. Zjišťují se dysplastické a atrofické změny. Dlouho přetrvává centrální hypotonický syndrom, apatie, porucha koordinace očních bulbů, prohlubuje se psychomotorická retardace. Při změně polohy dochází k extenzi a abdukci paží nebo k předpažení se sepnutím ruček. Předčasně vyhasíná vzpěrný reflex. Střemhlavý reflex je opožděný a nedokonalý. Manifestace této formy je zřejmá mezi prvním a druhým rokem věku. Objevuje se porucha artikulace. Možné jsou kombinace s mikrocefálií, křečemi a výraznou mentální retardací. Problémem bývá

¹² Atetóza – pomalé, vlnivé, červovité pohyby (Lesný a kol., 1972)

¹³ Chorea – briskní, drobné pohyby (Lesný a kol., 1972)

¹⁴ Balismus – pohyby pomalé o vysoké amplitudě (Lesný a kol., 1972)

¹⁵ Myoklonie – drobné pohyby jednotlivých svalových snopců (Lesný a kol., 1972)

¹⁶ Lordotická dystonie – dyskinéza projevující se stáčením hlavy a trupu při chůzi; současně může a nemusí být i pohyby končetin (Lesný a kol., 1972)

¹⁷ Rigidita – svalová ztuhlost se zvýšením tonu hlavně posturálního, bez zvýšeného napídacího reflexu; může se objevit i třes – rytmický nepotlačitelný pohyb (Lesný a kol., 1972)

kontrola posturálního tonu a rovnováhy ve stoji. Pády jsou bez jakékoli snahy o vyrovnání nebo o obrannou reakci (Kraus a kol., 2005).

3.2.5 Neobvyklé obrazy

Kraus a kol. (2005) sem řadí hypotonickou nebo atonickou formu, charakteristickou svalovou hypotonií, která přetrvává po druhém až třetím roce věku a není primárně periferního původu při nervosvalové chorobě. Později se rozvíjí spasticita, dyskineze nebo ataxie. Jako další skupinu autoři uvádějí smíšené formy.

3.3 Poruchy při DMO

Kábele (1988) uvádí, že poškození dětského mozku v perinatálním období má za následek nejen poruchy hybnosti, které jsou hlavním syndromem DMO, ale také lehčí poruchy psychomotoriky, poruchy intelektu, poruchy chování a poruchy vědomí. Dále se vyskytují smyslové poruchy (sluchu, zraku, řeči). Přímá souvislost je při DMO mezi poruchami hybnosti a poruchami řeči, protože se v podstatě jedná o poruchy hybnosti mluvních orgánů.

V další části práce se zaměříme na ty poruchy, které jsou přímo spojeny s poruchami hybnosti, a bude je tedy možné do určité míry ovlivnit aplikací akupunktury.

3.3.1 Poruchy hybnosti

Kábele (1988) uvádí jako nejčastější poruchy u dětí s DMO poruchy hybnosti, a to hrubé a jemné motoriky a oromotoriky. Do neurologické charakteristiky dětí s DMO náleží tyto poruchy: **spasticita**, při které jsou pohyby omezovány až znemožňovány trvale zvýšeným napětím svalstva původu centrálního, horní končetiny bývají ve flexi, dolní v extenzi, spasticita vzniká poškozením motorické oblasti v mozkové kůře a v mozkovém kmeni; **hypotonie**, při které je snížený svalový tonus, reflexy jsou sníženy až vyhaslé, celkové držení končetin je ochablé až bezvládné, vznikají atrofie, hypotonie vzniká při poškození mozečku, mimokorových oblastí a míchy, mění se v syndrom spastický či dyskinetický; **dyskineze** se projevuje buď nepotlačitelnými mimovolnými pohyby (atetotickými, choreatickými, balistickými, myoklonickými) popř. rigiditou (svalovou ztuhlostí), které vznikají poškozením různých oblastí mimokorové šedé hmoty, poruchami bazálních ganglií; **syndrom hypokinetic** se projevuje hypomimií až amimií, mimické svaly jsou bez pohybu, chybějí přidružené pohyby a pohybová koordinace, tonus a reflexy jsou zvýšeny, horní končetiny bývají ve flexi, ruce tvoří špetky a objevuje se klidový třes; **syndrom atetotický** vzniká při

poškození striata¹⁸ a projevuje se vlnivými, hadovitými nebo červovitými pohyby, které vznikají při každém malém podnětu, ale i spontánně; **syndrom choreatický** vzniká při poškození striata při současném poškození oblastí korových, projevuje se prudkými, trhavými, neuspořádanými pohyby malého rozsahu, avšak značné intenzity, někdy i pohybovým neklidem; **syndrom balistický** vzniká nejčastěji při poškození corpus subthalamicum Luysi¹⁹ a projevuje se rychlými pohyby často celých končetin; **syndrom myoklonický** se projevuje myokloniemi, drobnými trhavými záškuby svalstva. Tyto poruchy hybnosti se objevují při jednotlivých formách DMO v různém stupni a kombinacích, u všech forem se objevuje opožděný vývoj hybnosti.

Poruchy hybnosti jsou závažné z hlediska léčebného, výchovného i společenského, zvláště u těžších stupňů DMO omezují nebo znemožňují pohyb dítěte v rodinném i školním prostředí, omezují poznání širšího okolí a bezprostřední získávání a ověřování nových poznatků. Ztěžují nebo znemožňují správnou výslovnost a plynulý, srozumitelný mluvní projev, čímž působí rušivě při vyučování a omezují možnosti dorozumívání. Závažnou překážkou při mluvním a společenském styku je porušený polykací reflex a s ním spojená nadměrná slinivost (Kábele, 1988).

3.3.2 Poruchy řeči

S poruchami hybnosti velmi úzce souvisejí poruchy řeči, protože poruchy hybnosti postihují také svalstvo jednotlivých mluvních orgánů, a tím i jednotlivé složky mluvního projevu – dýchání, fonaci, artikulaci i celkovou plynulost a koordinaci mluvního projevu. Tím je pak postižen i celkový ráz řeči po stránce artikulace, síly, rytmu, melodie, plynulosti a srozumitelnosti (Kábele, 1988).

Děti postižené DMO tvoří snad nejnápadnější skupinu mezi dětmi s postižením nejen pokud jde o zjevné somatické odchylky a postižení motoriky, ale často i pro těžce narušenou komunikační schopnost. Zhruba tři čtvrtiny dětí s cerebrálními poruchami hybnosti mají těžkosti v řeči rozličného stupně (Lechta, 2002). Pro orientační vyšetření posouzení úrovně řeči můžeme použít rozdělení vývoje řeči na jednotlivé fáze dle Lechty (1995). Jedná se o pět období, a to: období **pragmatizace** (do konce prvního roku života), **sémantizace** (první až druhý rok), **lexémizace** (druhý až třetí rok), **dramatizace** (třetí až čtvrtý rok) a **intelektualizace** (po čtvrtém roce života). Názvy fází vystihují nejtypičtější procesy, které

¹⁸ Striatum – žíhané jádro; část bazálních ganglií, je součástí extrapyramidového systému (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

¹⁹ Nucleus subthalamicus – jádro v oblasti diencefala (mezimozek), má četné spoje s pallidem, premotorickou kůrou atd. (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

v tom kterém období probíhají. Kábele (1988) uvádí jako nejčastější příčiny opožděného nebo omezeného vývoje řeči u dětí s DMO poruchu centrálních řečových oblastí v mozku, snížení rozumových schopností, poruchu hybnosti mluvních orgánů a poruchu sluchu.

U DMO jsou narušeny všechny jazykové roviny. Nejtypičtěji pro DMO probíhá vývoj ve **foneticko – fonologické rovině**. Výslovnost je motorický akt, proto se porucha hybnosti u dětí s DMO odráží i ve vývoji motoriky mluvních orgánů. Spasticita nebo nepotlačitelné pohyby jazyka, rtů a dolní čelisti zabraňují správnému vytvoření jednotlivých hlásek, často je narušena schopnost automatizace řeči, vytváření mluvních celků. Dítě zvládne artikulaci jednotlivých hlásek nebo slabik a krátkých slov, ale nedokáže je spojovat do plynulých vět. Toto se nejčastěji projevuje u spastických a dyskinetických forem. Navíc se u těchto dětí dostatečně nevyvíjí ani **fonematická diferenciac**e. Porušením hybnosti dítě nemůže reagovat na slyšené zvuky, proto obtížně vytváří asociace zvuku a jeho zdroje. Rozvoj **lexikálně – sémantické roviny** je taktéž ovlivněn omezenými možnostmi aktivního získávání poznatků o prostředí vzhledem k omezeným pohybovým možnostem dítěte. Nemůže samostatně uchopit a prohlédnout si předmět, nemá možnost se aktivně seznamovat s předměty. V těžších případech vzniká verbalismus²⁰. Také se opoždí nebo je omezený vývoj **morfologicko – syntaktické roviny**. Při zvýšené spasticitě mluvních orgánů zůstává řeč spastických forem DMO dlouho na úrovni jednoslovných vět. Tvoření slov není porušeno, ale není dokonalá tvorba vět, syntax, řeč je „telegramatická“ (Klenková, 2000).

Vliv motorického vývoje je v případě vrozené DMO tak silný, že odchylky ve vývoji řeči jsou zjevné již v samých začátcích neverbálního – předverbálního období. Lechta (2002) uvádí Gundermannovo vymezení nápadností vývoje oromotoriky dětí s DMO, které jsou důležité z logopedického aspektu, a to zaostávání orálních reflexů; hyper- nebo hyposenzibilitu v ústní oblasti; neschopnost realizovat při pití rytmické, sací a polykací pohyby; těžké narušení polykacích pohybů, takže potrava se dostává do hltanu bez „zásahu“ svalstva úst; narušenou koordinaci sanice, rtů a jazyka při polykání a žvýkání; nápadné tvoření hlasu při vitálních funkcích, např. při křiku, pláči, smíchu – abnormálně vysoký a ostrý hlas nebo jen jakési fňukání bez patřičné síly (Gundermann, 1981 in Lechta, 2002).

Příčiny poruch řeči u DMO lze rozdělit do čtyř skupin, a to na poruchy mechanické, inervační, druho signální a sekundární. **Mechanické poruchy** představují poruchy mechanismu vlastního efektoru mluvidel. Jsou to především rozštěpy patra, rtů, perzistující frenulum linguae (uzdička jazyka), poruchy vývoje zubů, anomálie čelisti, velká kazivost

²⁰ Verbalismus – dítě vytváří pojmy nepřesně, často je zná jen z obrázků a když pojem použije, nemusí mu vždy rozumět (Klenková, 2000)

zubů. **Inervační poruchy** zahrnují vlastní inervační poruchy a druhotné dysartrie. Vlastní inervační poruchy vedou k paréze artikulačního svalstva. Jedná se o bulbární syndrom z funkčního či morfologického postižení prodloužené míchy, jež vede k poruchám polykání a poruchám řeči rhinolalického charakteru. Častější je syndrom pseudobulbární, kdy dochází k inervační poruše postižením druhého neuronu, což je nejčastější podklad dysartrií u všech spastických forem DMO i u formy hypotonické. Řeč je nezřetelná, huhňavá. Druhotné dysartrie jsou způsobeny inkoordinací řeči. **Druhosignální poruchy** řeči jsou u DMO stejně četné jako dysartrie. Jedná se o pravé dysfázie – poruchy vlastní řeči, které se nejčastěji vyskytují u hemisferálních forem. Výrazný je jejich vývojový ráz – děti začínají mluvit pozdě a řeč není dokonalá. Vývojová dysfázie má tři typy: dyslalický, kdy je narušena tvorba slov; telegramatické řeči, kdy je narušena tvorba vět, gramatické uspořádání, slovesné časy, vidy, skloňování, rody a především slovosled; vývojová amnestická dysfázie, při které je ztíženo zaznamenávání slov do „kinestetické paměti“ – tyto děti nemohou rozšířit svůj slovník a řeč zůstává pojmově na úrovni 4-5letého dítěte. **Sekundární poruchy** řeči představují porušení řeči z nejrůznějších důvodů, jako je mentální retardace či poruchy sluchu (Lesný a kol., 1972).

3.4 Rozvíjení pohybových dovedností dětí s DMO

Rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností dětí s DMO se provádí v rehabilitační péči léčebné i výchovné. V léčebné péči se jedná o léčebnou tělesnou výchovu, léčbu prací, tancem nebo hrou a logopedickou péči. Rozvíjení dorozumívacích dovedností se zaměřuje na dosažení relaxace, odstraňování nebo i snižování spasticity a nepotlačitelných mimovolných pohybů pohybového ústrojí i mluvních orgánů, na odstraňování nesprávných pohybových návyků získaných v průběhu předchozího porušeného vývoje hybnosti a řeči, na nácvik a návyk správných pohybových a mluvních dovedností, současně s rozvíjením obsahové stránky poznání, myšlení a vyjadřování.

Kábele (1988) uvádí, že se pohybová výchova řídí určitými zásadami, které se uplatňují při volbě léčebných i výchovných metod a prostředků, i při přípravě a provádění pohybové léčby a výchovy, a to: zásadou vývojovosti, zásadou reflexnosti, zásadou komplexnosti, zásadou rytmizace, zásadou kolektivnosti, zásadou přiměřenosti a individuálního přístupu. První tři z těchto zásad stanovil Lesný (1980), doplnil je Kábele (1988).

3.4.1 Zásada vývojovosti

Při rehabilitačním postupu se musí dbát vývojových stupňů motorického vývoje dítěte. Nejdříve se musí učit lézt po břiše, pak po čtyřech, později lézt po kolenou a jedné ruce, pak se vztyčit oběma rukama, nakonec stát a chodit (Lesný, 1980). Lesný (1989, s. 118) dále uvádí, že „cvičení má sledovat vývoj a zrání centrální nervové soustavy, tzn. že dítě se má napřed učit plazit, pak lézt a teprve potom chodit.“

Kábele (1988) doplňuje, že tato zásada požaduje dodržování zákonitého vývoje hybnosti a řeči člověka, a to vývoje fylogenetického i ontogenetického, při nacvičování pohybových a dorozumivacích dovedností. Pokud se tato zásada nerespektuje, hrozí nebezpečí, že se vytvoří vadné pohybové stereotypy (Lesný, 1980).

3.4.2 Zásada reflexnosti

Lesný (1980) uvádí, že se jedná o zásadu využívání aferentace,²¹ u různých forem DMO je aferentace často výrazně porušena. Dá se také rehabilitovat. Rozličné stimulační, zejména rytmus a hudba, patří do rehabilitačních postupů. Účel léčby tancem spočívá právě v mnohotné aferentaci. Lesný (1989) uvádí, že pro veškerou rehabilitaci je důležitý přísun vzruchů – tj. různé způsoby používání impulsů: reflexní terapie kojenců a batolat, léčba tancem, kde navíc k impulsům akustickým a proprioreceptivním se přidává také složka emoční.

3.4.3 Zásada komplexnosti

Podle Lesného (1980) je nutné využít všech prostředků, které jsou po ruce, a to nejen rehabilitačních ortopedických pomůcek, ale i farmakologických. Zavádí do rehabilitace premedikaci, která má usnadnit cvičení. Tato zásada dále požaduje používat v rehabilitaci DMO všech dosažitelných prostředků. Nikdy by se vypracované metodiky neměly uplatňovat jednostranně, musí být možné každou určitou specifickou metodiku změnit, jestliže se plně neosvědčila, případně musí být kombinována s jinými postupy podle rady lékaře.

3.4.4 Zásada rytmizace

Zásada rytmizace znamená využívat příznivého vlivu pohybového a mluvního rytmu při nácvičení pohybových a mluvních dovedností dětí postižených DMO, zejména při nácvičení plynulého a koordinovaného pohybového a mluvního projevu. Rytmizací se dosahuje

²¹ Aferentace – nervová vlákna a podněty jimi vedené do centra (Vokurka, Hugo a kol., 2007)

odstranění nebo zmírnění spasticity a nepotlačitelných mimovolních pohybů a současně se zlepšuje plynulost a koordinace těchto projevů (Kábele, 1988).

Význam pohybového rytmu pro lidský organismus spočívá v možnosti rytmického střídání napětí a uvolnění, činnosti a odpočinku, práce a zotavení, vydávání a opětného načerpávání energie. Bez tohoto střídání by byl organismus velmi brzy unaven a další činnosti neschopen. I ve svalech působí rytmické střídání napětí a uvolnění příznivě, protože podporuje proudění krve, čímž se zlepšuje výživa svalu a odčerpávání odpadových látek a tím i pracovní výkon svalu. Pohybový rytmus má významný vliv i na psychiku a zdraví člověka. Toto je problém právě u osob s DMO, zejména se spastickými a dyskinetickými formami – trvalé porušení rytmu tělesných i duševních funkcí, zejména pohybového a mluvního rytmu. Nácvik a návyk rytmických pohybových činností a mluvního projevu, vystřídání trvalého napětí zotavujícím uvolněním, znamená podstatné zlepšení jejich pohybových a mluvních dovedností, současně však i celého režimu a způsobu života, proto je nejdůležitějším úkolem pohybové léčby a výchovy rytmizace hybnosti a řeči (Kábele, 1988).

3.4.5 Zásada kolektivnosti

Zásada kolektivnosti vyžaduje, aby se pohybové a dorozumívací dovednosti dětí s DMO nacvičovaly v kolektivu, což představuje nejlepší přípravu dítěte pro společenské začlenění. Předchází se tím izolaci dítěte, vytržení z přirozeného prostředí a následných poruch vývoje osobnosti dítěte a výchovných obtíží. Kábele (1988) uvádí tyto závažné důvody psychohygienické, pedagogické a ekonomické: snazší adaptace dítěte v novém prostředí; plynulý přechod od pozorování k vlastní činnosti; střídání činnosti s aktivním odpočinkem; psychohygieničtější prostředí; ekonomické využití času.

3.4.6 Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu

Tato zásada požaduje přihlížení k individuálním schopnostem a možnostem každého jednotlivého dítěte, při volbě metod i při stanovení požadavků na jeho pohybové a mluvní výkony. Tato zásada prolíná do všech zásad předchozích, každé dítě je individualitou svého druhu, po stránce tělesného i duševního vývoje, druhu a stupně postižení i dosavadního způsobu života v různém prostředí, s různými zážitky a zkušenostmi, proto není možné ani při cvičení pohybových a dorozumívacích dovedností dětí s DMO plnit předchozí zásady bez konfrontace se zásadou přiměřenosti a individuálního přístupu (Kábele, 1988).

3.5 Rozvíjení dorozumívacích dovedností

Těžké poruchy komunikace se nejčastěji vyskytují v souvislosti s dětskou mozkovou obrnou, autismem, mentálním postižením, dysfázií, poruchami sluchu nebo s kombinovaným postižením. Pokud nelze zlepšit komunikaci běžnou logopedickou terapií, využívá se prostředků alternativní a augmentativní komunikace. Včasné řešení poruch komunikace je velice důležité, protože zvláště v předškolním věku jde o podporu celkového psychomotorického vývoje. V něm má rozvoj komunikace, řeči a jazyka klíčový význam – prostupuje všemi oblastmi rozvoje dítěte (Šarounová, 2006).

Děti s DMO vyžadují ucelenou péči obsahující rehabilitaci léčebnou, psychologickou, pedagogickou (speciálně pedagogickou), sociální. Terapie narušené komunikační schopnosti u těchto dětí nepředstavuje žádnou izolovanou činnost, ale probíhá v souvislosti s podporou dalších oblastí dětského vývoje, jako je podpora motoriky, vnímání, stejně jako vytvoření sociálního chování. Výsledkem má být schopnost dítěte rovnoprávně se účastnit komunikačního procesu. Jde o poškození primárních funkcí hybných, vyplývajících z poruch centrálního neuronu, proto jsou u nich pohybové i komunikační obtíže zvláště těžké a obtížně odstranitelné. Charakteristické jsou absence tlumivých, inhibičních funkcí, nezbytných k zamezení mimovolních pohybů, které ruší vytváření cílených pohybů (Klenková, 2000).

Kábele a kol. (1993) uvádějí jako zásady při rozvíjení dorozumívacích dovedností dětí s poruchami řeči **zásadu správného mluvního vzoru**, kdy každý člověk, který přichází do styku s dítětem musí mít správnou artikulaci a celkově dobrý mluvní projev; dále **zásadu minimální akce**, podle které je potřeba, aby mluvní vzor všech osob, které se podílejí na rozvoji řeči dítěte byl přiměřený z hlediska intenzity – dítě nemá být ohlušováno příliš hlasitou řečí, ale stimulováno přiměřeným hlasem; třetí zásadou je **zásada substituce**, dle které se při nácviku správné výslovnosti jednotlivých hlásek nemá opravovat nesprávná hláska, ale má se nahrazovat novým zvukem, novou hláskou, aby dítě na nesprávně vyslovovanou hlásku zapomnělo.

3.6 Rehabilitační metody

Podle zaměření působení na somatickou nebo psychickou stránku postiženého jedince se rozlišují metody fyzioterapeutické a psychoterapeutické. Mezi tyto metody lze zařadit metody reparační, reedukační, kompenzační, psychorehabilitační a sociorehabilitační. Působení těchto metod se často překrývá, protože každý fyzioterapeutický postup, který zlepšuje tělesný a zdravotní stav člověka s postižením, působí současně i psychoterapeuticky,

a naopak psychoterapeutickým působením se může člověk s postižením přivést k větší pohybové aktivitě (Kábele a kol., 1993).

Reparační metody se používají převážně v léčebné rehabilitaci. Jsou to metody chirurgické, neurochirurgické a ortopedické, kterými se upravují nesprávně vyvinuté nebo poškozené orgány a tkáně. Na ně navazuje léčebná, výchovně vzdělávací a pracovní rehabilitace. **Reedukační metody** mají charakter speciálně pedagogický, používají se při výchově a vzdělávání, ale i v léčebné a pracovní rehabilitaci. Snaží se soustavným, speciálně zaměřeným cvičením odstranit nebo zmenšit orgánové nebo funkční postižení. **Metody kompenzační** se užívají tehdy, jestliže reparace původního orgánu nebo reedukace původní funkce nejsou možné v plném rozsahu. Zaměřují se na rozvoj náhradních orgánů a funkcí a nácvik náhradních činností. **Psychorehabilitační metody** se zaměřují na celou psychiku a osobnost člověka s postižením působením na jeho psychickou stránku, náleží sem metody léčebné (fyzioterapeutické, farmakologické, klimatoterapeutické, hypnoterapeutické), psychologické (přesvědčování slovem, sugesce, autogenní trénink aj.) a pedagogické (výchovné a převýchovné) (Kábele a kol., 1993).

Praktická část

4 Výzkumný problém

Jak jsme již nastínili v teoretické části práce, dětskou mozkovou obrnu je možno léčit nejrůznějšími metodami. Nemnoho je však popsáno o oblasti akupunktury a jejím vlivu na toto postižení. V následující kapitole přiblížíme možnosti využití akupunktury při léčbě DMO. Při studiu literatury jsme se setkali s několika typy označení bodů, v této práci jsme pro označení jednotlivých bodů zvolili anglické názvosloví a následující označení: dráha plic LU, dráha tlustého střeva LI, dráha žaludku ST, dráha sleziny SP, dráha srdce HT, dráha tenkého střeva SI, dráha močového měchýře BL, dráha ledvin KI, dráha perikardu PC, dráha trojitého ohříváče TE, dráha žlučníku GB, dráha jater LR, dráha přední střední CV, dráha zadní střední GV, pro extra body EX.

4.1 DMO a akupunktura

Rehabilitační medicína poskytuje široký prostor pro terapeutické využití akupunktury a všech přidružených modifikací a technik. Mnohaleté výzkumy a výsledky používání akupunktury v podmínkách současné moderní medicíny dokázaly velké možnosti jejího využití v rehabilitační medicíně. Nejčastějším cílem je tlumení bolesti, úprava funkčních poruch vnitřních orgánů, léčba mnohých vnitřních, neurologických a gynekologických onemocnění. Velmi častá je indikace poruch pohyblivosti. Díky jejím účinkům se totiž výrazně ovlivňuje algická složka při současném snížení spasticity a zlepšení periferního prokrvení, ustupují nebo se zmenšují kontraktury, zlepšují se volní pohybové úkony a výsledky rehabilitačních postupů (Šmirala, 2007).

4.2 Akupunkturální body využitelné k léčbě paréz

Hybný systém je v tradiční čínské medicíně ztělesňován šlachosvalovými dráhami, které jsou sekundárními drahami k drahám orgánovým. Tyto dráhy zajišťují termo-, baro- a hydroregulaci při změnách zevního prostředí. Začínají vždy akrálně v bodech ťing, prvních nebo posledních bodech orgánových drah, které jsou lokalizovány u nehtů na prstech rukou a nohou. Šlachosvalové dráhy mají plošný charakter, probíhají vždy centripetálně a jsou v celém svém průběhu uloženy poměrně povrchně. V těchto drahách cirkuluje wej – energie ochranná a proteplující. Dráhy nemají vlastní body, ale v jejich průběhu se nacházejí místa koncentrace, ve kterých se nejčastěji projevuje patologie. Ta se manifestuje reflexními

změnami a tvorbou bodů ah shi – bodů maximální bolestivosti. Tyto body lze použít k punktuře. Protože jsou tyto dráhy ovlivnitelné z bodů ťing, je možné zrušit bolestivost bodu ah shi punkturou bodu ťing příslušné orgánové dráhy (Barešová, 2004).

4.2.1 Parézy končetin

Šmirala (2007) doporučuje k léčbě paraplegie tyto důležité body: EX 32 (Jiaji), GB 34, ST 36, SP 6. Jako doplňkové body doporučuje BL 32, CV 4, BL 54.

Dolejšová (2005) uvádí v souvislosti s léčbou endokrinního systému **dráhu trojitého ohříváče**, jehož určité body jsou využitelné k léčbě paréz. Konkrétně se jedná o následující body: TE 1, který je možné využít při parézách dolních končetin, TE 4, který má uplatnění při léčbě paréz horních končetin, TE 5, což je bod LUO, jedná se o mistrovský bod pro parézy, TE 8 lze použít pro parézy, neuralgie zápěstí, předloktí a ramene, atrofie a poruchy hybnosti svalů horních končetin, TE 9 se používá při obrně rukou, TE 10 představuje mistrovský bod pro parézy při hluboké punktuře, TE 14 je opět mistrovský bod na léčbu paréz, TE 15 lze využít k léčbě paréz, TE 21 se využívá při periferních parézách n. facialis.

Vymazal, Tuháček (1965) ve své studii o parézách lícního nervu uvádějí, že analogicky jako u periferní parézy lícního nervu je možno očekávat příznivé facilitační ovlivnění i u jiných periferních obrn. Předpokladem ovšem je, že periferní nerv není zcela a definitivně přerušen. Pro léčbu parézy **n. radialis** doporučují tyto body: LU 10, LU 11, LI 1, LI 4, LI 8, LI 9, LI 10, LI 11, TE 4, TE 5, SI 9, SI 10, SI 11, GB 21. Pro léčbu parézy **n. ulnaris** uvádějí body: HT 2, HT 3, HT 4, TE 9, SI 5, SI 6, SI 7, SI 14, SI 15. Pro léčbu parézy **n. mediani**: LU 3, PC 2, PC 4, PC 6, PC 7, TE 6, SI 15. Pro parézu **n. fibularis**: ST 36, ST 38, ST 37, ST 44, BL 60.

4.2.2 Parézy v orofaciální oblasti

Vymazal, Tuháček (1965) uvádějí, že využití akupunktury k léčbě periferních paréz **nervu facialis** je velmi úspěšné, a to i u případů dlouhotrvajících a na ostatní konzervativní léčbu rezistentních je možné akupunkturou dosáhnout zlepšení hybnosti. K léčbě parézy lícního nervu nejčastěji využívají tyto body: ST 4, ST 6, LI 20, SI 18, ST 2, ST 7, GB 1, BL 2, GB 14, LI 4, LU 7, ST 44. Akupunkturu u svých pacientů prováděli obden v sériích po deseti výkonech, mezi jednotlivé série zařadili dvou až čtyřtýdenní přestávku. Pro počet sérií byl rozhodující výsledek léčby, přičemž u jednoho pacienta se provedly maximálně čtyři série. Dále uvádějí, že stimulační reflexní metodou akupunktury lze zlepšit hybnost všude tam, kde je zachována alespoň částečná inervace mimických svalů. Přechodně se v průběhu

léčby mohou objevit patologické souhyby, jakmile se zlepší aktivní hybnost. Akupunkturou lze dosáhnout nejlepších výsledků zlepšení hybnosti v kombinaci se cvičením, je však málo účinná ve zlepšení patologických souhybů a kontraktur.

Šmirala a kol. (1991) taktéž uvádějí aktivní body využitelné k léčbě parézy **n. facialis**. Jako lokální aktivní body uvádějí, s přihlédnutím k postižené oblasti obličeje, tyto: Ex 3 (Taiyang), GB 14, LI 20, SI 18, EX 8 (Jiachengjiang), GV 26, ST 2, ST 3, ST 4, ST 5, ST 7, CV 24, EX 7 (Yuyao), EX 15 (Qianzheng). Ze vzdálených aktivních bodů doporučují následující: LI 4, TE 7, TE 17, GB 34.

Fiala, Rešlová (2005) provedli výzkum účinků akupunktury u 13 dětí s DMO, ve kterém se zaměřili na problematiku **poruch řeči**. Po roční terapii dosáhlo zlepšení 12 dětí. Jako lokální aktivní body autoři uvádějí ST 3, ST 4, ST 5, ST 6, případně ST 9, ST 10, dále LI 19, LI 20, SI 17, SI 18, SI 19, GV 25, GV 26, GV 27, GV 28. Ze vzdálených aktivních bodů doporučují ST 36, LR 2, LR 3, BL 10, BL 13, BL 17, BL 23, BL 40, BL 60, BL 62, GB 3, GB 34, LI 4, LI 11, GV 4, GV 12, GV 16, GV 20, SP 10 a další. Tyto body byly využity při léčbě balbuties, dysfázie, dysartrie, anartrie.

5 Cíle a otázky

Jak jsme již naznačili v teoretickém úvodu do akupunktury a do problematiky DMO, existuje velké množství rehabilitačních metod využitých při léčbě DMO, akupunktura se však zmiňuje pouze jako okrajová technika. Proto jsme se rozhodli zjistit, jaké jsou možnosti využití akupunktury při léčbě DMO, zda a nakolik je možné ji využít k léčbě paréz, a to jak horních a dolních končetin, tak i v orofaciální oblasti. V předchozí kapitole jsme uvedli osvědčené aktivní body pro léčbu paréz jak končetin, tak orofaciální oblasti, pouze dva autoři je však uváděli v souvislosti s DMO. Cílem našeho výzkumu je zjistit, jaké zkušenosti mají lékaři praktikující akupunkturu s využitím této metody u paréz, ale především u paréz způsobených DMO.

Jelikož tedy bylo napsáno o léčbě DMO akupunkturou pouze malé množství literatury reflektující její efektivitu, náš výzkum nebude výzkumem v pravém slova smyslu s využitím hypotéz, pro které bychom my sami museli mít několikaleté zkušenosti s praxí akupunktury v oblasti využití u DMO, bude se jednat spíše o jakýsi průzkum toho, co se lékařům pracujícím s parézami osvědčilo v jejich odborné praxi.

Naše hlavní výzkumná otázka zní: ***Jak a s jakými výsledky lze využít akupunkturu k léčbě DMO?***

6 Výzkumný soubor

Výzkum jsme prováděli prostřednictvím internetu, kdy jsme oslovili cca 70 osob provozujících praxi v oblasti přírodní medicíny. Mezi dotazovanými byli lékaři, rehabilitační pracovníci pracující s akupunkturou a pracovníci v oblasti alternativní medicíny bez lékařského vzdělání, kteří mají vzdělání v oblasti čínské medicíny.

Na internetu jsme vyhledali osoby nabízející léčbu prostřednictvím akupunktury, kontakty jsme taktéž získali z časopisu *Acupuncture Bohemo Slovana* a taktéž nám byli doporučeni lékaři již oslovenými osobami. Lékařům jsme nejprve zaslali e-mail, ve kterém jsme je žádali o spolupráci na výzkumu. Jakmile odpověděli, že se výzkumu zúčastní, zaslali jsme jim dotazník (viz příloha 1).

Celkem jsme tedy oslovili přibližně 70 osob, z toho pouze 10 osob souhlasilo s vyplněním dotazníku, někteří vůbec na e-mail nereagovali, 20 dotázaných osob odpovědělo, že s daným typem onemocnění nemají zkušenosti. Jako použitelných jsme vyhodnotili 9 dotazníků, které poskytují informace využitelné v našem výzkumu.

Z devíti osob, které nám vyplněný dotazník zaslaly zpět, bylo osm lékařů vysokoškolsky vzdělaných u nás či na Slovensku, jeden dotazník vyplnil středoškolsky vzdělaný člověk, se vzděláním v tradiční čínské medicíně, kterou vystudoval v Guamingu. Všichni dotazovaní mají vzdělání v oblasti tradiční čínské medicíny a s tím spojené kurzy akupunktury. Délka jejich praxe v oblasti akupunktury se pohybuje v rozmezí pěti až třiceti let.

7 Výzkumné metody

V následující kapitole podáme informace o výzkumných metodách, popíšeme metodu, kterou jsme pro náš výzkum zvolili, a taktéž popíšeme námi distribuovaný dotazník. Původně jsme zamýšleli, že využitá metoda bude analyzována způsobem typickým pro kvantitativní výzkum, v průběhu výzkumu jsme však zjistili, že se jedná o téma natolik specifické, že není možné všechna data kvantifikovat, a z tohoto důvodu bude náš výzkum (průzkum) pojat převážně jako kvalitativní.

7.1 Metoda sběru dat

Jako výzkumnou metodu jsme pro naši práci zvolili dotazník, a to z toho důvodu, že naším prvotním záměrem bylo provést výzkum kvantitativní a cílem bylo získat co nejvíce informací od co největšího počtu respondentů. Vzhledem k tomu, že jsme dotazníky distribuovali po ordinacích lékařů v celé České republice a částečně na Slovensku, bylo by využití jiné výzkumné metody značně komplikované.

7.1.1 Dotazník

Horák, Chráska (s. 115, 1989) definují dotazník jako: „soustavu připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně“.

7.1.2 Tematické kódování

Tematické kódování začíná na úrovni **jednotlivých případů**. Znamená to, že provedeme **otevřené kódování**²² veškerého materiálu, ale další analytický postup držíme v rámci jednotlivých případů. Tematické kódování se hodí především v případě, kdy je cílem výzkumu popsat, jak jsou sociálně distribuovány různé pohledy na určitý jev. Výsledkem bude určitá typologie, nepůjde však o typologii polární škály, ale o mnohem komplexnější typologii zahrnující různé druhy škál (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Prvním krokem je **kategorizace kódů** – nikoli na úrovni celku, ale na úrovni jednotlivých případů, materiál je de facto ošetřen jako série případových studií. Systém kategorií je vyvinut pro každý případ zvlášť, ke každému případu je rovněž připojeno krátké

²² Otevřené kódování – text je jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje. Nejprve analyzovaný text rozdělíme na jednotky. Každé takto vzniklé jednotce přidělíme nějaký kód, tedy jméno nebo označení. Při volbě kódu si klademe otázku, o čem daná sekvence vypovídá, jaký jev či téma reprezentuje (Švaříček, Šedřová a kol., 2003).

motto, které jej charakterizuje, a krátká deskripce, která informuje o případě. Poté se procházejí vyvinuté kategorie a hledají se linky mezi jednotlivými případy. Sledujeme, zda se u různých případů objevuje tatáž kategorie, nebo zda se objevují kategorie, které se mohou stát variantami nové nadřazené kategorie. Soustředujeme se na kategorie, které jsou mezi jednotlivými případy shodné nebo slučitelné do „nad-kategorie“. Vytváříme tak vlastně tabulku, jejíž jednu osu budou tvořit jednotlivé případy, případně skupiny případů. Druhou osu tvoří kategorie, které byly vybrány na základě výše popsaných kritérií (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

7.2 Popis metody

Jako výzkumnou metodu jsme tedy zvolili dotazník. Abychom mohli odpovědět na naši hlavní výzkumnou otázku, stanovili jsme si specifické výzkumné otázky, podle kterých jsme vytvořili dílčí otázky dotazníku. Zajímalo nás, jaké zkušenosti mají oslovení lékaři v oblasti poruch pohybového aparátu celkově, postupně jsme otázky specifikovali do oblasti paréz.

Jako specifické výzkumné otázky jsme stanovili tyto:

Jak a s jakými výsledky je možné léčit akupunkturou parézy v orofaciální oblasti?

Jak a s jakými výsledky je možné léčit akupunkturou parézy v oblasti horních končetin?

Jak a s jakými výsledky je možné léčit akupunkturou parézy v oblasti dolních končetin?

Námi distribuovaný dotazník se skládal z šestnácti otevřených otázek²³. Úvodní část dotazníku tvořily otázky zaměřené do oblasti vzdělání respondentů, zajímalo nás nejvyšší dosažené vzdělání a vzdělání v oblasti alternativní medicíny, také jsme se dotazovali na délku praxe v oblasti akupunktury. Po těchto úvodních otázkách jsme přešli k otázkám zjišťujícím nejčastější problémy pacientů, nejčastěji léčená onemocnění v oblasti pohybového aparátu a také zda respondenti využili akupunkturu k léčbě paréz. Pokud ano, byly jim předloženy otázky zaměřené na léčbu právě tohoto onemocnění. Dotazníky, které na tuto otázku podávaly negativní odpověď, jsme do zpracování nezařadili.

Následovaly dílčí otázky týkající se specifických výzkumných otázek, které zjišťovaly informace z jednotlivých oblastí zasažených parézou. Vždy jsme se dotazovali, které primární onemocnění způsobující danou parézu v určité oblasti bylo akupunkturou léčeno, jaké aktivní

²³ Otevřené otázky – nenavrhují respondentovi žádné hotové odpovědi. Je u nich určen jen předmět, ke kterému se mají vyjádřit, jinak není respondent zpravidla nijak usměřován (Horák, Chráska, 1989).

body se při léčbě tohoto onemocnění osvědčily, jaké byly s léčbou výsledky a po jak dlouhé době se tyto výsledky objevily.

8 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Jednotlivé respondenty dotazníků jsme označili čísly 1-9, a to sestupně dle délky praxe v oblasti akupunktury. Přestože se jedná o výzkum kvalitativní, uvádíme jednotlivé výpovědi do tabulek pro větší přehlednost.

8.1 Zkušenosti dotazovaných s léčbou paréz

Úvodními otázkami jsme zjišťovali, jaké jsou nejčastější zdravotní problémy, se kterými pacienti k respondentům přicházejí obecně, a poté jsme taktéž zjišťovali nejčastější problémy v oblasti pohybového aparátu, se kterými pacienti přicházejí. Tyto otázky jsme použili proto, abychom zjistili, jak často se oslovení lékaři setkávají s parézami jako primárním onemocněním, případně jak často se setkávají se samotnou DMO.

První respondent uvádí jako jeden z nejčastějších zdravotních problémů svých pacientů následky cévní mozkové příhody²⁴ a DMO, tato onemocnění uvádí taktéž jako primární onemocnění způsobující parézu, která léčil pomocí akupunktury. U **druhého respondenta** se setkáváme s neurologickými poruchami – parézami a neuralgiemi²⁵ jako nejčastějšími onemocněními pacientů, primárním onemocněním způsobujícím parézu, které léčil akupunkturou jsou nejčastěji parézy nervu facialis²⁶. **Třetí dotazovaný** parézy mezi nejčastějšími onemocněními neuvádí, avšak na otázku, zda využil někdy akupunkturu k léčbě paréz odpovídá, že velmi často, a to u obrny nervu facialis, u paréz po cévní mozkové příhodě, ale taktéž při léčbě různých stavů DMO. **Čtvrtý respondent** taktéž neuvádí parézy mezi nejčastějšími onemocněními svých pacientů, uvádí však, že má zkušenosti především s parézami lícního nervu, léčbu paréz končetin uvádí jako výjimečnou, zkušenosti má především s hemiparézami po cévní mozkové příhodě. **Pátý respondent** parézy mezi nejčastějšími onemocněními neuvádí, akupunkturu však využívá především u parézy lícního nervu a při obrnách horních i dolních končetin u kořenových syndromů²⁷. Ani **šestý**

²⁴ Cévní mozková příhoda (CMP) – poškození určitého okrsku mozkové tkáně na podkladu poruchy cév, tj. jejich neprůchodnosti s následnou ischemií nebo poruchy celistvosti cévní stěny s následným krvácením do mozkové tkáně. Projevy kromě bolesti hlavy sahají od dočasných poruch hybnosti a řeči až po bezvědomí, ochrnutí a smrt (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

²⁵ Neuralgie – krutá bolest pociťovaná v průběhu nervu (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

²⁶ Nervus facialis – lícní (obličejový) nerv. Motorická část inervuje mimické svaly, část svalů nadžylkových, platysma, parasympatická vlákna jdou do slzných a slinných žláz, senzitivní vlákna jsou pro oblast části boltce a zevního zvukovodu (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

²⁷ Kořenový syndrom – soubor příznaků, které jsou vyvolány útlakem míšního kořene, nejčastěji výhřezem meziobratlové ploténky. Projevuje se poruchami v oblasti, která je zásobena nervy z příslušného kořene (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

respondent nemá mezi nejčastějšími pacienty osoby s parézami, akupunkturu však využívá i u paréz nervu facialis, plexu brachialis²⁸ a u cévní mozkové příhody. **Sedmý dotazovaný** parézy jako nejčastější příčinu onemocnění neuvádí, parézy však akupunkturou léčí velmi často. **Osmý respondent** využívá akupunkturu především u obrn po cévní mozkové příhodě a při napadení vnějším nebo vnitřním větrem²⁹. **Devátý respondent** využívá akupunkturu především u paréz po náhlé cévní mozkové příhodě a u paréz lícního nervu, nejedná se však o nejčastější onemocnění jeho pacientů. Uvedené údaje shrnujeme v tabulkách číslo 1 a 2.

Tabulka č. 1: Nejčastější problémy v oblasti pohybového aparátu.

Nejčastější problémy v oblasti pohybového aparátu – paréza	2 respondenti
Nejčastější problémy v oblasti pohybového aparátu – jiné	7 respondentů

Tabulka č. 2: Nejčastější onemocnění způsobující parézy.

Nejčastější onemocnění způsobující parézy	Počet respondentů
Cévní mozková příhoda	6
Dětská mozková obrna	2
Neurologické poruchy – parézy, neuralgie	1
Paréza nervu facialis	6
Obrny u kořenových syndromů	1
Paréza plexu brachialis	1
Napadení vnitřním, vnějším větrem	1

Z uvedených tabulek vyplývá, že pouze dva respondenti se setkávají s parézami jako jedním z nejčastějších onemocnění u svých pacientů, sedm dotazovaných uvádí jako nejčastější onemocnění jiná. Nejčastějšími onemocněními, se kterými se dotazovaní setkávají při léčbě paréz, jsou parézy u cévní mozkové příhody a parézy nervu facialis. Pouze dva dotazovaní mají zkušenost s léčbou přímo u paréz způsobených dětskou mozkovou obrnou.

²⁸ Plexus brachialis – pažní pleteň. Vycházejí z ní větévky k inervaci příslušné oblasti a zejména nervy inervující horní končetinu z infraclavikulární části (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

²⁹ Vnitřní, vnější vítr – energie větru značí pohyb. Převládá-li energie větru, není charakteristická bolest, objevuje se mírné svědění. Energie větru je spojena se svalovým systémem, a proto se poruchy projevují na něm. Onemocnění rychle vzniká a vyvíjí se. Vnitřní vítr – těžká onemocnění, bolesti hlavy, parestézie končetin, závratě, tinitus, mozkové krvácení. Vnější vítr – lehká onemocnění, horečka, třesavka, bolesti hlavy, pocení, katary, bolesti kloubů (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

8.2 Parézy v orofaciální oblasti

Této oblasti jsme v dotazníku věnovali čtyři otázky, zajímali jsme se o to, jaká primární onemocnění v této oblasti léčili respondenti pomocí akupunktury, jaké body hlavně při léčbě využili, jaké byly výsledky léčby a po jak dlouhé době se tyto výsledky objevily.

První respondent má zkušenosti s léčbou paréz u DMO a u cévní mozkové příhody, které zasahují orofaciální oblast. Jako osvědčené uvádí zejména lokální body, body dráhy žaludku, některé extra body. Co se týče úspěšnosti léčby paréz v této oblasti, uvádí respondent úspěšnost obvykle dobrou s výsledky v řádu dnů až týdnů.

Druhý respondent uvádí, že má zkušenost s léčbou parézy lícního nervu. Jako osvědčené body uvádí celkové body GB 20, GV 14, LI 4, GB 34, které používá téměř vždy, někdy i jiné, což se odvíjí od klinického stavu pacienta (např. LU 7, TE 5, GV 20), z lokálních bodů vybírá vždy dle klinického stavu, jako nejosvědčenější uvádí EX 1, GB 14, TE 23, ST 2, ST 4. Výsledky s léčbou jsou většinou výborné, a to především tehdy, pokud je stav akutní, překvapivý efekt se dostavuje i u starších paréz. První výsledky se objevují již po 3 až 4 sezeních, a to vždy v závislosti na klinickém stavu pacienta, tedy délky obtíží a intenzity poruchy.

Třetí respondent využil akupunkturu k léčbě parézy v orofaciální oblasti při paréze nervu facialis a při paréze nervu glossopharyngeus³⁰, u bulbárního a pseudobulbárního syndromu³¹ s poruchami polykání. Využití akupunkturálních bodů je značně individuální, odvíjí se od napadené dráhy a orgánu, složky, kterou je třeba doplňovat či vypouštět. Mezi nejužívanější body patří EX Yintan, EX Taiyang, ST 1, ST 2, ST 3, ST 4, ST 5, ST 6, ST 7, ST 8, ST 40, ST 36, BL 2, BL 3, BL 4, BL 5, BL 6, BL 7, BL 8, BL 9, BL 10, všechny šu body BL dráhy a BL 60, BL 62, GV 14, GV 4, GV 3, GV 24, GV 26, GV 27, CV 3, CV 4, CV 6, CV 17, CV 12, CV 22, CV 23, CV 24, SI 1, SI 3, SI 6, SI 10 – 19, TE 5, TE 6, TE 15, TE 20, TE 21, GB 1, GB 2, GB 3, GB 4 – 20, GB 21, GB 30, GB 34, GB 41, LU 20, LU 19, LU 7, LR 2, LR 3, LR 8, LR 13, SP 2, SP 3, SP 4, SP 6, SP 9, SP 10, SP 21. Výsledky s léčbou těchto paréz se ukázaly jako velmi dobré, jednalo se asi o 90% vyléčení, pokud přišli pacienti pozdě, došlo alespoň ke zlepšení stavu. Výsledky se dostavují ihned po prvním sezení u

³⁰ Nervus glossopharyngeus – nerv jazykohltanový, motorická vlákna inervují svalstvo hltanu, senzitivní vlákna přicházejí z periferie a končí v prodloužené míše, inervují měkké patro, epifarynx, tonzily, zadní třetinu jazyka a střední ucho, sensorická vlákna vedou chuťová vlákna, končí v prodloužené míše, parasympatická vlákna inervují příušní žlázu (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

³¹ Bulbární a pseudobulbární syndrom – soubor syndromů lézí prodloužené míchy. Vyskytují se jednotlivě nebo v kombinacích podle lokalizace a rozsahu poškození (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

akutních stavů, při pozdější léčbě paréz jsou výsledky pomalejší, léčba je zdlouhavější, až půlroční.

Čtvrtý respondent využívá akupunkturu u paréz lícního nervu, jako osvědčené body uvádí LI 4, LI 10, LI 11, LI 20, ST 2, ST 3, ST 4, ST 7, GB 14, BL 2, SI 18. Úspěšnost léčby závisí na době zahájení akupunktury po vzniku potíží, čím dříve, tím lépe. Po několika letech od vzniku potíží jsou výsledky malé nebo žádné. Výsledky se objevují po minimálně 10 až 20 sezeních.

Pátý respondent má zkušenosti s využitím akupunktury nejčastěji u paréz lícního nervu, jednu zkušenost má s léčbou parézy nervu oculomotorius³² u diabetičky. Respondent uvádí, že používá k léčbě klasickou čínskou akupunkturu, jednotlivé body neuvádí, řídí se dle nálezu a vyšetření pulzu a jazyka. Výsledky léčby byly obecně výborné, jako problematické uvádí, že lidé přicházejí pozdě, půl roku i déle po začátku problému a po klasické léčbě. Avšak i v těchto případech se 80-90% efekt akupunktury dostavuje po třech a čtyřech týdnech. Celkově je doba zlepšení různá, většinou se určitý efekt dostavuje již po jedné až třech aplikacích.

Šestý respondent taktéž využil akupunkturu k léčbě parézy lícního nervu, nejčastěji využívané body jsou body dráhy GB, LI, ST, CV. Výsledky se odvíjí podle případů, a to od dobrých až po výborné, záleží i na tom, jak dlouhá doba uběhla od vzniku parézy.

Sedmý respondent léčil parézu v orofaciální oblasti způsobenou celkovým nedostatkem čchi, zpomalením nebo zastavením toku čchi a krve s následným napadením větrem, chladem, vlhkostí apod³³. K léčbě využil lokální body na tváři v místě ochrnutí a body s celkovým účinkem periferně podle příčiny onemocnění vždy přísně individuálně podle daného pacienta. Výsledky léčby shledává jako velmi dobré, efekt léčby je závislý na délce trvání nemoci, u zastaralých stavů se efekt léčby dostavuje pomaleji, u akutních stavů je efekt rychlý, a to do 10 až 14 dnů, u chronických zastaralých stavů musí léčba probíhat půl roku i více.

Osmý respondent využil akupunkturu k léčbě parézy lícního nervu, jako osvědčené body uvádí GB 20, GB 14, BL 2, ST 2, ST 4, LI 4, LR 3, ST 44, KI 6, SP 6, TE 5, TE 23, jako nejúčinnější body při bolestech v horní části čelisti uvádí LI 4, LI 20, SI 18, GB 2, v dolní části ST 5, ST 6, ST 7, GV 26, CV 24, LI 4, pro oblast očních víček body GB 1, GB14,

³² Nervus oculomotorius – nerv okoohybný. Složka motorická inervuje většinu okoohybných svalů v orbitě (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

³³ Tzv. šest rozracců – vnější příčiny onemocnění, vyvolávajících nemoci jednotlivě nebo v kombinacích – vítr, chlad, horko, vlhko, sucho, žár (Růžička, Sosík, Wang, 2007).

BL 2, TE 21, pro nazolabilální rýhu³⁴ GV 26, LI 4, LI 20, LI 19. Pro uvolnění spazmu se tomuto respondentovi nejvíce osvědčily body SI 18, LR 2, LR 3, GB 20. Léčebné výsledky má tento respondent velice dobré, doba, za kterou se objeví závisí na době, která uplyne od postižení, čím dříve pacient přijde na ošetření, tím je výsledek rychlejší.

Devátý respondent využil akupunkturu k léčbě parézy lícního nervu, jako nejosvědčenější uvádí vzdálené body na dráze LI a ST, z lokálních bodů se mu osvědčily body ST 2, ST 3, ST 6, ST 7, ST 8, GB 8, GB 14, SI 18. U pacientů došlo ke zlepšení stavu, většinou se objevují pacienti po neúspěšné rehabilitaci, po provedení akupunktury dochází k viditelnému zlepšení, a to po 2-3 týdnech.

Tabulka č. 3: Shrnutí výpovědí respondentů pro orofaciální oblast.

Respondent	Onemocnění	Osvědčené body	Úspěšnost	Doba, za kterou se objevily výsledky
První respondent	DMO CMP	Lokální body, dráha ST, extra body	Dobrá	Dny až týdny
Druhý respondent	Paréza lícního nervu	GB 20, GV 14, LI 4, GB 34, EX 1, GB 14, TE 23, ST 2, ST 4	Výborná	3 – 4 sezení
Třetí respondent	Paréza lícního nervu Paréza nervu glosofaryngeus Bulbární a pseudobulbárního syndrom	EX 2, EX 3, body drah ST, BL, šu body BL, GV, CV, SI, TE, GB, LU, LR, SP	Velmi dobrá	1. sezení – akutní stav Půl roku – zastaralé parézy
Čtvrtý respondent	Paréza lícního nervu	LI 4, LI 10, LI 11, LI 20, ST 2, ST 3, ST 4, ST 7, GB 14,	Závisí na době zahájení léčby	Minimálně 10 – 20 sezení

³⁴ Nazolabilální rýha – výraznější vráska, rýha, probíhající od okraje nosního chřípí směrem k ústnímu koutku (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

		BL 2, SI 18		
Pátý respondent	Paréza lícního nervu	Dle nálezu	Výborná	1 – 3 aplikace 3 – 4 týdny u zastaralých paréz
Šestý respondent	Paréza lícního nervu	Body dráhy GB, LI, ST, CV	Dobrá, velmi dobrá, výborná	Dle doby uplynulé od vzniku parézy
Sedmý respondent	nedostatek čchi, zpomalení, zastavení toku čchi a krve napadení větrem, chladem, vlhkostí	lokální body v místě ochrnutí a body s celkovým účinkem periferně podle příčiny onemocnění	Velmi dobrá	Do 10 až 14 dnů – akutní stavy půl roku i více – chronické stavy
Osmý respondent	Paréza lícního nervu	Obecně GB 20, GB 14, BL 2, ST 2, ST 4, LI 4, LR 3, ST 44, KI 6, SP 6, TE 5, TE 23	Velmi dobrá	Závisí na době ošetření od vzniku potíží
Devátý respondent	Paréza lícního nervu	Vzdálené body na dráze LI a ST Lokální body ST 2, ST 3, ST 6, ST 7, ST 8, GB 8, GB 14, SI 18	Velmi dobrá	2-3 týdny

8.2.1 Shrnutí výsledků pro orofaciální oblast

Většina respondentů uvádí jako nejčastější primární onemocnění v oblasti orofaciální parézu lícního nervu. Pokud se podíváme na akupunkturní body, které tito respondenti v léčbě užívají, všichni dotazovaní se shodují v užití bodů na dráze žlučníku, a to nejčastěji lokální body GB 14 a GB 20, dále body na dráze žaludku, a to nejčastěji lokální body ST 2, ST 3, ST 4 a ST 7. Dále se často objevuje dráha tlustého střeva, a to především vzdálený bod LI 4, dráha tenkého střeva, a to body vzdálené, z lokálních bodů především SI 18 a na dráze

močového měchýře lokální bod BL 2. Z dráhy trojitého ohříváče bod TE 23. Nejčastěji využívané body uvádíme v tabulce č. 4.

Pouze jeden respondent využil akupunkturu v orofaciální oblasti pro léčbu DMO jako primárního onemocnění, tento respondent použil především lokální body v oblasti parézy, body na dráze žaludku a také extra body. Ojedinelost zkušenosti s léčbou DMO dokazuje, o jak zvláštní případy se jedná, taktéž můžeme uvažovat o tom, že děti s DMO stále nejsou posílány právě k odborníkům v oblasti akupunktury.

Podíváme-li se na úspěšnost léčby, u jednotlivých respondentů se míra úspěšnosti liší v rozmezí dobrých až výborných výsledků, významnou roli zde hraje stádium, ve kterém pacient vyhledá pomoc. Zajímavý však může být pohled na rozdíly v době, kdy se dostavují výsledky léčby, u jednotlivých respondentů se značně liší. Někteří uvádějí, že výsledky se objevují po prvním sezení, jiní hovoří o 20 – 30 sezeních. Zde vidíme, jak důležitou roli hraje výběr vhodných akupunkturních bodů dle individuálních potřeb pacientů a také stav, ve kterém se k ošetření dostavili.

Tabulka č. 4: Nejčastěji používané akupunkturní body pro oblast parézy lícního nervu.

Aktivní bod	Počet respondentů	Aktivní bod	Počet respondentů
GB 14	4	GB 20	2
ST 2	4	BL 2	2
LI 4	3	ST 3	2
ST 4	3	ST 7	2
SI 18	2	TE 23	2

8.2.2 Komparace výsledků s teorií

S Vymazalem a Tuháčkem (1969) se respondenti při léčbě parézy lícního nervu shodují v sedmi z devíti nejčastěji uváděných akupunkturních bodů, a to ST 4, SI 18, ST 2, ST 7, BL 2, GB 14 a LI 4.

Pro oblast paréz lícního nervu se respondenti shodují se Šmiralou a kol. (1991) v těchto akupunkturních bodech: GB 14, SI 18, ST 2, ST 3, ST 4, ST 7, LI 4. Opět se shodují v sedmi bodech z devíti.

Jeden z našich respondentů uvádí výrazné zlepšení u DMO po dnech až týdnech, naproti tomu Fiala, Rešlová (2005) uvádějí, že pro dosažení zlepšení musela být prováděna terapie po jeden rok. Se stejným autorem se náš respondent shoduje ve využití lokálních bodů,

bodů dráhy žaludku, náš respondent navíc uvádí využití extra bodů, se kterými se ve studii neseťkáváme.

Výsledky našeho průzkumu se tedy při srovnání s teoretickými podklady shodují.

8.3 Parézy v oblasti horních končetin

I této oblasti jsme věnovali čtyři položky dotazníku, opět nás zajímalo, se kterým primárním onemocněním mají lékaři zkušenost s využitím akupunktury, jaké použité body se v oblasti paréz horních končetin osvědčily, jaké byly výsledky a po jak dlouhé době se tyto výsledky dostavily. Při interpretaci výsledků jsme postupovali totožně jako u oblasti orofaciální, nejprve jsme tedy výsledky sepsali dle jednotlivých respondentů a následně jsme je pro přehlednost vypsali do tabulky.

První respondent se v oblasti paréz horních končetin setkal s cévní mozkovou příhodou, dětskou mozkovou obrnou a úrazy jako primárními onemocněními. Nejúčinnějšími drahami se jeví převážně body drah žaludku, žlučníku a zadní střední. Výsledky léčby respondent hodnotí jako vcelku uspokojivé v závislosti na rozsahu primárního onemocnění. První výsledky se objevují v řádu dnů až týdnů.

Druhý respondent má v této oblasti zkušenosti s využitím akupunktury u stavů po úrazech – luxace ramenního kloubu, fraktury v oblasti humeru způsobující parézy brachiálního plexu, parézu nervu axillaris³⁵ apod. Z celkových bodů se jako nejúčinnější jeví GB 20, GB 34, LI 4, GV 14, TE 5, užití lokálních bodů závisí na charakteru a lokalizaci postižení, jako výborné body uvádí body Ba-Feng v meziprstních prostorech. Výsledky léčby jsou většinou celkem dobré, ale zpravidla s krátkodobých účinkem. Respondent uvádí, že je vždy nutné posuzovat celkový klinický stav pacienta, ale i délku trvání obtíží, tudíž je vše naprosto individuální, vždy je nutná současná využití rehabilitace. První výsledky léčby se objevují po třech až čtyřech sezeních.

Třetí respondent využil akupunkturu k léčbě cervikobrachiálního syndromu³⁶, zmrzlého ramene, stavů po cévní mozkové příhodě, roztroušené sklerózy³⁷ a dětské mozkové obrny jako primárních onemocnění způsobujících parézy horních končetin. Jako osvědčené body respondent uvádí LI 2, LI 3, LI 4, LI 10, LI 11, LI 12, LI 13, LI 14, LI 15, ST 12, ST 25, ST 26, ST 40, ST 41, ST 45 a k těmto téměř vždy šu body na dráze močového měchýře –

³⁵ Nervus axillaris – nerv obtáčeující humerus ve výši chirurgického krčku, vydává senzitivní nerv pro inervaci proximální části laterální strany paže (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

³⁶ Cervikobrachiální syndrom – soubor příznaků při protruzi (vysunutí dopředu) nebo hernii (vytlačení) obratlové ploténky v oblasti krční páteře (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

³⁷ Roztroušená skleróza – chronické onemocnění CNS charakterizované demyelinizací. K příznakům patří poruchy chůze, rovnováhy, citlivosti, řeči, ataxie spastické obrny aj. (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

nejčastěji BL 16, BL 17, BL 20, BL 23 a biliao, dále SI 3, SI 6, SI 7, SI 9, SI 10, SI 11, SI 12, SI 13, SI 14, SI 15, SI 16, SI 17, TE 5, TE 6, TE 12, TE 13, TE 14, TE 20, LU 3, LU 4, LU 5, LU 9, HT 2, HT 3, HT 7, PC 2, PC 3, PC 6, PC 8, PC 9 a taktéž dle stavu body dráhy GV a CV. U cévní mozkové příhody závisí výsledky na době, po které se pacienti k ošetření dostaví, po delší době jsou výsledky horší, zlepšení parézy je přibližně o padesát procent, u DMO a cervikobrachiálního syndromu jsou výsledky mnohem lepší a dostavují se po pěti až deseti sezeních.

Čtvrtý respondent se setkal především s cévní mozkovou příhodou jako primárním onemocněním u paréz horních končetin, jako nejúčinnější body uvádí LI 4, LI 11, LI 14, LI 15, LI 16, TE 3, TE 5, TE 10, TE 14, SI 3, SI 8, SI 9, LU 1, LU 2, LU 5, LU 7, PC 3, PC 6. K respondentovi se dostavili pacienti až po delší době od vzniku potíží, proto byly výsledky s léčbou malé, dobu, po které se výsledky objevily si respondent již nepamatuje.

Pátý respondent léčil obrny periferních nervů, a to nervu radialis³⁸, ulnaris³⁹, medianus⁴⁰, s využitím různých místních i vzdálených bodů. Výsledky byly obecně velmi dobré, v každém případě došlo k výraznému urychlení reparace. Doba, za kterou se výsledky objevily souvisí s tím, o jaký typ poškození šlo, rychlou změnu nelze očekávat u totální enervace.

Šestý respondent využil akupunkturu k léčbě poúrazové parézy brachiálního plexu, využitě body byly velmi různé, individuální. Výsledky léčby byly dobré, velmi dobré až výborné, vždy dle jednotlivých případů a doba, za kterou se objevily se odvíjí od toho, jak stará je paréza.

Sedmý respondent léčil stavy poúrazové, kde se léčba odvíjí od rozsahu poškození nervového vlákna, v ostatních případech se jedná především o cévní mozkovou příhodu. Jako osvědčené body uvádí lokální body na horních končetinách a body s celkovým efektem vybrané na základě diagnózy. Při krvácení do mozku je efekt léčby podstatně lepší a rychlejší, při cévní mozkové příhodě z nedokrvení mozku je léčba dlouhodobá, v průměru se jedná o měsíc až půl roku do prvních výsledků.

³⁸ Nervus radialis – vřetenní nerv. Míšní nerv horní končetiny vycházející z pažní nervové pleteně. Otáčí se okolo pažní kosti na zadní straně paže a na předloktí probíhá po jeho palcové straně až na hřbet ruky. Inervuje m. triceps brachii, na předloktí svaly dorzální skupiny předloktí a laterální polovinu hřbetu ruky a prsty, dále vydává senzitivní kožní nervy pro zadní a laterální stranu paže, zadní stranu předloktí (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

³⁹ Nervus ulnaris – smíšený míšní nerv vycházející z plexus brachialis, prochází po vnitřní straně paže a po vnitřní straně lokte na předloktí, kde probíhá na jeho palmární straně v mediální oblasti, přičemž jeho konečné větve procházejí až do dlaně. Inervuje některé svaly předloktí a ruky a část kožního povrchu (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

⁴⁰ Nervus medianus – středový nerv. Tlustý míšní nerv horní končetiny. Vychází z pažní nervové pleteně, prochází střední částí paže a předloktí. Skrz karpální tunel prochází do dlaně. Motoricky inervuje všechny svaly přední skupiny na předloktí atd. (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

Osmý respondent má zkušenost s léčbou cévní mozkové příhody a následných paréz horních končetin s využitím bodů SI 3, SI 10, LI 15, TE 14, LI 4, LI 5, LI 10, LI 11, SI 11, PC 2, PC 6, TE 4, TE 5, TE 9, HT 3. Výsledky léčby se odvíjejí od doby, která uplyne od postižení, čím dříve pacient přijde na ošetření, tím je rychlejší a lepší výsledek.

Devátý respondent využil akupunkturu k léčbě paréz po cévní mozkové příhodě, z neúčinnějších bodů uvádí SI 3, HT 3, HT 7, LU 5, LU 7, LU 9, LI 3, LI 4, LI 10, LI 11, TE 5, TE 6. Co se týče výsledků léčby, respondent uvádí, že u kontraktur dochází k jejich uvolnění, při soustavné rehabilitaci při parézách akupunktura urychluje jejich hojení. Výsledky léčby se objevují po dvou až třech měsících.

Tabulka č. 5: Shrnutí výpovědí respondentů pro oblast horních končetin.

Respondent	Onemocnění	Osvědčené body	Úspěšnost	Doba, za kterou se objevily výsledky
První respondent	CMP DMO úrazy	Dráhy ST, GB, zadní střední	Uspokojivá	Dny až týdny
Druhý respondent	Úrazy – luxace, fraktury – paréza brachiální plexu, nervu axillaris	GB 20, GB 34, LI 4, GV 14, TE 5 Lokální body dle charakteru a lokalizace postižení, body ba- feng	Celkem dobrá, zpravidla krátkodobý účinek	3 – 4 sezení
Třetí respondent	cervikobrachiální syndrom, zmrzlé rameno, CMP, RS, DMO	LI 2, LI 3, LI 4, LI 10, LI 11, LI 12, LI 13, LI 14, LI 15, ST 12, ST 25, ST 26, ST 40, ST 41, ST 45, šu body na BL (BL 16, BL 17, BL 20, BL 23 a biliao), SI 3, SI 6,	Chronické parézy – 50 % DMO – velmi dobrá	5 – 10 sezení

		SI 7, SI 9, SI 10, SI 11, SI 12, SI 13, SI 14, SI 15, SI 16, SI 17, TE 5, TE 6, TE 12, TE 13, TE 14, TE 20, LU 3, LU 4, LU 5, LU 9, HT 2, HT 3, HT 7, PC 2, PC 3, PC 6, PC 8, PC 9 a dle stavu dráhy GV a CV		
Čtvrtý respondent	CMP	LI 4, LI 11, LI 14, LI 15, LI 16, TE 3, TE 5, TE 10, TE 14, SI 3, SI 8, SI 9, LU 1, LU 2, LU 5, LU 7, PC 3, PC 6	Chronické, zastaralé stavy - malá	Nepamatuje se
Pátý respondent	Paréza periferních nervů – radialis, ulnaris, medianus	Různé místní i vzdálené body	Velmi dobrá Vždy urychlení reparace	Dle typu poškození
Šestý respondent	Pouřazová paréza brachiálního plexu	Různé body, výběr individuální	Dobrá, velmi dobrá, výborná	Dle doby uplynulé od vzniku parézy
Sedmý respondent	Pouřazové stavy CMP	Lokální body na horních končetinách a body s celkovým efektem vybrané na základě diagnózy	Lepší u krvácení do mozku	Měsíc až půl roku
Osmý respondent	CMP	SI 3, SI 10, LI 15, TE 14, LI 4, LI 5,	Čím dříve přijde pacient, tím	Závisí na době ošetření od vzniku

		LI 10, LI 11, SI 11, PC 2, PC 6, TE 4, TE 5, TE 9, HT 3	lepší výsledek	potíží
Devátý respondent	CMP	SI 3, HT 3, HT 7, LU 5, LU 7, LU 9, LI 3, LI 4, LI 10, LI 11, TE 5, TE 6	Uvolnění kontraktur	2-3 měsíce

8.3.1 Shrnutí výsledků pro oblast horních končetin

Velká část respondentů udává jako primární onemocnění způsobující parézu v oblasti horních končetin cévní mozkovou příhodu, toto onemocnění uvádí šest respondentů. Podíváme-li se na nejčastěji doporučované body pro léčbu těchto paréz (viz. tabulka č. 6), zjistíme, že největší počet respondentů doporučuje body dráhy tlustého střeva, a to body LI 4, LI 11, LI 10, LI 15, LI 14 a LI 3, dále body dráhy tenkého střeva, a to SI 3, SI 9, SI 10 a SI 11, body dráhy trojitého ohříváče, a to TE 5, TE 6 a TE 14, body dráhy plic LU 5, LU 7 a LU 9, dráhy perikardu PC 6, PC 2 a PC 3 a na dráze srdce body HT 3 a HT 7.

Dvakrát se v odpovědích setkáváme s parézami způsobenými dětskou mozkovou obrnou, pro jejichž léčbu respondenti doporučují body dráhy žaludku, žlučníku a zadní střední, tlustého a tenkého střeva, šu body na dráze močového měchýře a další dle stavu pacienta.

Často se objevují stavy po úrazech, respondenti je zmiňují čtyřikrát, z dalších onemocnění uvádějí cervikobrachiální syndrom, zmrzlé rameno, roztroušenou sklerózu s následnými parézami pro jejichž léčbu se respondenti shodují v tom, že je nutné postupovat dle individuální diagnostiky každého pacienta.

Posoudíme-li úspěšnost léčby jednotlivých respondentů, její míra se pohybuje od malé až po velmi dobrou v závislosti na chronicitě stavu v jakém pacienti přicházejí. Opět se odpovědi zásadně liší v době, za kterou se respondenti setkávají s výsledky léčby, a to od tří sezení až po půl roku. Opět zde významnou roli hraje doba, která uplyne od vzniku parézy.

Tabulka č. 6: Nejčastěji používané akupunkturní body pro parézy po CMP.

Aktivní bod	Počet respondentů	Aktivní bod	Počet respondentů
LI 4	4	LI 14	2
LI 11	4	LI 3	2
SI 3	4	LU 7	2
TE 5	4	SI 11	2
LI 10	3	HT 7	2
LI 15	3	PC 2	2
LU 5	3	TE 6	2
PC 6	3	PC 3	2
HT 3	3	SI 10	2
TE 14	3	LU 9	2
SI 9	2	Ostatní body	1

8.3.2 Komparace výsledků s teorií

Dolejšová (2005) uvádí **dráhu trojitého ohříváče**, jehož vybrané body lze využít k léčbě paréz horních končetin, konkrétně uvádí body TE 4, TE 5, TE 8, TE 9, TE 10, TE 14 a TE 15. Naši respondenti se shodují ve využití tří bodů z dráhy trojitého ohříváče, jedná se o body TE 5, TE 6 a TE 14, shodují se s Dolejšovou tedy ve využití tří akupunkturních bodů.

Vymazal, Tuháček (1965) pro léčbu parézy v oblasti horních končetin doporučují využití bodů LU 3, LU 10, LU 11, LI 1, LI 4, LI 8, LI 9, LI 10, LI 11, TE 4, TE 5, TE 6, TE 9, SI 5, SI 6, SI 7, SI 9, SI 10, SI 11, SI 14, SI 15, GB 21, HT 2, HT 3, HT 4, PC 2, PC 4, PC 6, PC 7, s našimi respondenty se tedy shodují v bodech LI 4, LI 11, LI 10, SI 9, SI 10, SI 11, TE 5, TE 6, PC 6, PC 2, HT 3, jedná se o shodu v jedenácti bodech.

Výsledky se tedy s teorií shodují.

8.4 Parézy v oblasti dolních končetin

V této části se budeme opět věnovat interpretaci výsledků, tentokrát odpovédím na otázky týkajících se paréz v oblasti dolních končetin. Respondentů jsme se dotazovali na léčená onemocnění způsobující parézu dolních končetin, dále nás zajímalo, které akupunkturní body se při léčbě paréz v této oblasti osvědčily, jaké byly výsledky léčby a po

jak dlouhé době se výsledky objevily. Totožně jako v předchozích dvou kapitolách výsledky shrneme dle jednotlivých respondentů a poté je uvedeme pro přehlednost do tabulky.

První respondent využil akupunkturu k léčbě cévní mozkové příhody, dětské mozkové obrny a úrazů s následnou parézou v oblasti dolních končetin. Nejčastěji využitými body jsou body na dráze tlustého a tenkého střeva, žlučníku a zadní střední. Výsledky byly vcelku uspokojivé dle rozsahu základního onemocnění a objevily se v řádu dnů až týdnů.

Druhý respondent využil akupunkturu k léčbě parézy nervu fibularis⁴¹, jako osvědčené body respondent uvádí GV 3, GV 4, GB 34 a lokální body z dráhy žlučníku a močového měchýře. Výsledky léčby byly v této oblasti vždy o něco horší a zdlouhavější, efekt závisí na klinickém stavu a tíži postižení, výsledky se dostavují po třech až čtyřech sezeních.

Třetí respondent léčil jako primární onemocnění pro parézu dolních končetin cervikobrachiální syndrom, stavy po cévní mozkové příhodě, roztroušenou sklerózu, dětskou mozkovou obrnu a stavy po výhřezech plotének. Jako osvědčené body respondent uvádí GB 30, GB 31, GB 32, GB 40, GB 41, GB 44, dále dle stavu výběr bodů ST 31 – 45, LR 2, LR 3, LR 8, SP 2, SP 3, SP 4, SP 6, SP 9, SP 10, KI 1, KI 3, KI 6, KI 7 a body dráhy přední střední a zadní střední, nezbytné je zařazení šu bodů dráhy močového měchýře. Dochází ke zlepšení parézy asi o padesát procent v závislosti na zdravotním stavu pacienta, pokud je primární příčina v páteři, výsledky jsou rychlejší a lepší, objevují se asi po pěti až deseti akupunkturních sezeních.

Čtvrtý respondent uvádí jako primární onemocnění způsobující parézu dolních končetin cévní mozkovou příhodu, nejúčinnějšími body jsou aktivní body na drahách ST, GB, SP, BL a KI. Pacientů s tímto onemocněním respondent léčil pouze několik a po delší době od vzniku potíží, proto jsou výsledky malé a na dobu, za kterou se výsledky objevily, se již nepamatuje.

Pátý respondent uvádí, že nejčastějším onemocněním, které způsobuje parézu v oblasti dolních končetin a k jehož léčbě využil akupunkturu, jsou kořenové syndromy vycházející z bederní páteře, k léčbě využil nejrůznější body místní i vzdálené. Výsledky léčby jsou většinou výborné, respondent uvádí, že léčil řadu pacientů, kteří měli podstoupit operaci, ale po aplikaci akupunktury již nebyla nutná a efekt léčby byl dlouhodobý. Aplikace jehel se provádí dvakrát až třikrát týdně při sérii deseti sezeních, efekt léčby se dostavuje během dvou týdnů.

⁴¹ Fibula – kost lýtková (Vokurka, Hugo a kol., 2007).

Šestý respondent akupunkturou léčil stavy po cévní mozkové příhodě a kořenové syndromy jako primární onemocnění pro parézy dolních končetin. Body, které v léčbě využil jsou velmi různé, liší se případ od případu a výsledky léčby jsou opět dle případů dobré, velmi dobré až výborné. Doba, za kterou se výsledky objevily závisí na tom, jak stará je paréza v době, kdy se začne akupunktura aplikovat.

Sedmý respondent akupunkturu využil k léčbě úrazových stavů a cévní mozkové příhody jako primárního onemocnění. Při výběru bodů se zaměřil na lokální body na dolních končetinách a body s celkovým účinkem podle diagnózy. Výsledky byly lepší a rychlejší při parézách způsobených krvácením do mozku, dlouhodobá léčba je u paréz z nedokrvení mozku. Výsledky se objevily po měsíci až půl roce léčby.

Osmý respondent léčil parézy dolních končetin způsobené cévní mozkovou příhodou, jako nejúčinnější body uvádí GB 30, GB 31, GB 34, GB 39, GB 40, BL 36, BL 37, BL 40, BL 57, BL 60, ST 31, ST 32, ST 33, ST 36, ST 41, SP 6, KI 3. Výsledky léčby závisí na době, která uplyne od postižení. Čím dříve pacient přijde na ošetření, tím je výsledek rychlejší.

Devátý respondent taktéž uvádí jako onemocnění způsobující parézu dolních končetin, které léčil akupunkturou, cévní mozkovou příhodu. K jejich léčbě použil body ST 34, ST 36, ST 40, ST 44, SP 4, SP 6, SP 9, SP 10, GB 24, GB 30, GB 41, LR 3, LR 4, LR 7, LR 13, BL 30, BL 31, BL 40, BL 57, BL 60, BL 62, KI 3, KI 6. Po léčbě akupunkturou došlo k uvolnění kontraktur, výsledky se dostavují po dvou až třech měsících.

Tabulka č. 7: Shrnutí výpovědí respondentů pro oblast dolních končetin.

Respondent	Onemocnění	Osvědčené body	Úspěšnost	Doba, za kterou se objevily výsledky
První respondent	CMP DMO Úrazy	Dráhy LI, SI, GB, zadní střední	Uspokojivá	Dny až týdny
Druhý respondent	Paréza n. fibularis	GV 3, GV 4, GB 34 a lokální body z dráhy GB a BL	O něco horší Zdlouhavější	3 – 4 sezení
Třetí respondent	cervikobrachiální syndrom, CMP, RS, DMO, stavy	GB 30, GB 31, GB 32, GB 40, GB 41, GB 44, ST 31 – 45,	Chronické parézy – 50 % DMO – velmi	5 – 10 sezení

	po výhřezech plotének	LR 2, LR 3, LR 8, SP 2, SP 3, SP 4, SP 6, SP 9, SP 10, KI 1, KI 3, KI 6, KI 7, body drah GV, CV, BL 13, BL 15, BL 16, BL 17, BL 18, BL 19, BL 20, BL 21, BL 23, BL 24, BL 27, BL 28	dobrá Příčina v páteři – lepší, rychlejší	
Čtvrtý respondent	CMP	body na drahách ST, GB, SP, BL, KI	Chronické, zastaralé stavy – malá	Nepamatuje se
Pátý respondent	Kořenové syndromy vycházející z bederní páteře	Různé místní i vzdálené body	Výborná Dlouhodobá	2 týdny – 2x – 3x týdně, série 10 sezení
Šestý respondent	CMP Kořenové syndromy	Různé body, výběr individuální	Dobrá, velmi dobrá, výborná	Dle doby uplynulé od vzniku parézy
Sedmý respondent	Poúrazové stavy CMP	Lokální body na dolních končetinách a body s celkovým účinkem vybrané na základě diagnózy	Lepší u krvácení do mozku	Měsíc až půl roku
Osmý respondent	CMP	GB 30, GB 31, GB 34, GB 39, GB 40, BL 36, BL 37, BL 40, BL 57, BL 60, ST 31, ST 32, ST	Čím dříve přijde pacient, tím lepší výsledek	Závisí na době ošetření od vzniku potíží

		33, ST 36, ST 41, SP 6, KI 3		
Devátý respondent	CMP	ST 34, ST 36, ST 40, ST 44, SP 4, SP 6, SP 9, SP 10, GB 24, GB 30, GB 41, LR 3, LR 4, LR 7, LR 13, BL 30, BL 31, BL 40, BL 57, BL 60, BL 62, KI 3, KI 6	Uvolnění kontraktur	2-3 měsíce

8.4.1 Shrnutí výsledků pro oblast dolních končetin

Sedm respondentů uvádí jako primární onemocnění způsobující parézu v oblasti dolních končetin cévní mozkovou příhodu. Různí respondenti opět udávají široké spektrum bodů, které se jim osvědčily při léčbě těchto paréz. Nejčastěji doporučované body uvádíme v tabulce č. 8. Nejčastěji doporučovanými body jsou body na dráze žlučníku, a to body GB 30, GB 31, GB 40, GB 41, dále body na dráze žaludku, a to body ST 36, ST 31, ST 32, ST 33, ST 34, ST 40, ST 41, ST 44, dále na dráze sleziny, konkrétně body SP 6, SP 4, SP 9, SP 10, na dráze ledvin body KI 3, KI 6, na dráze močového měchýře body BL 40, BL 57 a BL 60, na dráze jater bod LR 3. U dvou respondentů se setkáme s doporučením bodů na dráze zadní střední.

Dva respondenti uvádějí jako primární onemocnění u paréz dolních končetin dětskou mozkovou obrnu, jako účinné body uvádějí body na drahách tlustého a tenkého střeva, močového měchýře, žlučníku a zadní střední.

Z dalších onemocnění se objevuje paréza nervu fibularis, cervikobrachiální syndrom, roztroušená skleróza, stavy po výhřezech plotének a kořenové syndromy. Výběr bodů je vždy individuální, závisí na výsledcích diagnostiky.

Míra úspěšnosti se u jednotlivých respondentů liší, a to vždy v závislosti na stavu, v jakém pacient k ošetření přichází, na době, která uplynula od vzniku parézy. U DMO jeden respondent uvádí, že výsledky byly velmi dobré, druhý je označuje jako uspokojivé. Doba, za kterou se výsledky objevují se opět u různých respondentů značně liší, a to od dnů až týdnů až

do půl roku, či od tří až čtyř sezení až po dvacet až třicet sezení, opět v závislosti na době uplynulé od vzniku parézy.

Tabulka č. 8: Nejčastěji používané akupunkturní body pro parézy po CMP.

Aktivní bod	Aktivní bod	Aktivní bod	Počet respondentů
GB 30	3	ST 40	2
SP 6	3	ST 41	2
KI 3	3	ST 44	2
ST 36	3	LR 3	2
GB 31	2	SP 4	2
GB 40	2	SP 9	2
GB 41	2	SP 10	2
ST 31	2	KI 6	2
ST 32	2	BL 40	2
ST 33	2	BL 57	2
ST 34	2	BL 60	2
CV	2	Ostatní body	1

8.4.2 Komparace výsledků s teorií

Šmirala (2007) doporučuje k léčbě paraplegie tyto body: EX 32 (Jiaji), GB 34, ST 36, SP 6, BL 32, CV 4, BL 54, s našimi respondenty se shoduje v bodech ST 36, SP 6, shodují se tedy ve dvou bodech.

Dolejšová (2005) uvádí **dráhu trojitého ohříváče**, jehož určité body jsou využitelné k léčbě paréz. Konkrétně se jedná o následující body: TE 1, TE 5, TE 10, TE 14, TE 15. Naši respondenti dráhu trojitého ohříváče neuváděli, proto se s Dolejšovou neshodují v žádných bodech.

Vymazal, Tuháček (1965) uvádějí jako účinné body pro parézu v oblasti dolních končetin, konkrétně nervu fibularis body ST 36, ST 38, ST 37, ST 44, BL 60. S našimi respondenty se shodují v bodech ST 36, ST 44 a BL 60. Shodují se tedy ve třech bodech.

Naše výsledky se s teorií shodují pouze v případě Šmiraly (2007) a Vymazala, Tuháčka (1965), s Dolejšovou (2005) se neshodují.

9 Závěr výzkumu

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, nakolik je možné využít akupunkturu k léčbě paréz v oblasti horních a dolních končetin a v orofaciální oblasti. V literatuře se akupunktura objevuje ve spojitosti s léčbou dětské mozkové obrny pouze okrajově, proto nás zajímalo, jaké zkušenosti s jejím využitím u tohoto onemocnění mají samotní lékaři či praktici akupunktury. V praxi jsme tedy provedli průzkum toho, co se lékařům, kteří pracují v oblasti onemocnění, která způsobují parézy, osvědčilo v jejich odborné praxi. Výzkumem jsme chtěli odpovědět na naši hlavní výzkumnou otázku: ***Jak a s jakými výsledky lze využít akupunkturu k léčbě DMO?***

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili dotazník, celkem jsme oslovili sedmdesát lékařů a jiných pracovníků praktikujících v oblasti akupunktury, s léčbou paréz mělo zkušenost pouze devět oslovených lékařů, kteří souhlasili s vyplněním našeho dotazníku. Vyplněné dotazníky jsme nejdříve tematicky okódovali, analýzu jsme provedli v rámci jednotlivých případů. Výpovědi jsme rozdělili do tří oblastí, a to orofaciální, horní končetiny a dolní končetiny.

Zjistili jsme, že paréza se jako nejčastější onemocnění pacientů vyskytuje pouze u dvou dotázaných, zbytek respondentů uvádí jiná onemocnění. Nejčastějším onemocněním způsobujícím parézy, se kterým se ve své praxi respondenti setkali jsou cévní mozková příhoda a paréza nervu facialis, dětská mozková obrna se vyskytla pouze u dvou dotázaných.

V **orofaciální oblasti** je nefrekventovanějším onemocněním paréza nervu facialis, dotazovaní se shodovali ve využití bodů na dráze žlučníku, a to nejčastěji lokálních bodů GB 14 a GB 20, dále se osvědčily body na dráze žaludku, a to nejčastěji lokální body ST 2, ST 3, ST 4 a ST 7, objevuje se dráha tlustého střeva, a to především vzdálený bod LI 4, dráha tenkého střeva, a to body vzdálené, z lokálních bodů především SI 18, na dráze trojitého ohříváče bod TE 23 a na dráze močového měchýře lokální bod BL 2. Zkušenost s léčbou přímo **dětské mozkové obrny** uvedl pouze jeden respondent, ten jako nejúčinnější body uvedl lokální body v oblasti parézy, body na dráze žaludku a extra body. Ojedinelost této zkušenosti s léčbou DMO ukazuje na specifčnost dané skupiny onemocnění a zřejmě můžeme usuzovat na to, že děti s DMO stále nejsou posílány k odborníkům z oblasti akupunktury. S léčbou paréz v této oblasti má přitom většina respondentů výborné výsledky s ohledem na stádium, ve kterém pacient vyhledá pomoc. Včasné zahájení léčby by tedy

zřejmě mohlo pacientům s DMO zmírnit problémy v orofaciální oblasti způsobené daným onemocněním.

V oblasti **horních končetin** se převážná část respondentů setkává s parézami způsobenými cévní mozkovou příhodou, jako osvědčené body uvádějí body dráhy tlustého střeva LI 4, LI 11, LI 10, LI 15, LI 14 a LI 3, dále body dráhy tenkého střeva SI 3, SI 9, SI 10 a SI 11, body dráhy trojitého ohřívače TE 5, TE 6 a TE 14, body dráhy plic LU 5, LU 7 a LU 9, dráhy perikardu PC 6, PC 2 a PC 3 a na dráze srdce body HT 3 a HT 7. Parézy horních končetin u **dětské mozkové obrny** léčili dva respondenti, kteří doporučují body drah žaludku, žlučníku a zadní střední, tlustého a tenkého střeva, šu body na dráze močového měchýře a další dle stavu pacienta. Úspěšnost léčby se pohybuje od malé až po velmi dobrou v závislosti na chronicitě stavu, ve kterém pacienti přicházejí.

Nejčastěji léčeným onemocněním způsobujícím parézu v oblasti **dolních končetin** je cévní mozková příhoda, nejčastěji používanými body jsou body na dráze žlučníku GB 30, GB 31, GB 40, GB 41, dále body na dráze žaludku ST 36, ST 31, ST 32, ST 33, ST 34, ST 40, ST 41, ST 44, dále na dráze sleziny SP 6, SP 4, SP 9, SP 10, na dráze ledvin KI 3, KI 6, na dráze močového měchýře BL 40, BL 57 a BL 60, na dráze jater LR 3. U dvou respondentů se setkáme s doporučením bodů na dráze zadní střední. **Dětskou mozkovou obrnu** léčili dva respondenti, jako osvědčené uvádějí body na drahách tlustého a tenkého střeva, močového měchýře, žlučníku a zadní střední. Míra úspěšnosti léčby se liší v závislosti na stavu, ve kterém pacienti přicházejí, na době, která uplynula od vzniku parézy. Výsledky u DMO respondenti uvádějí jako uspokojivé a velmi dobré.

Pokud bychom chtěli odpovědět na naši hlavní výzkumnou otázku: ***Jak a s jakými výsledky lze využít akupunkturu k léčbě DMO?***, mohli bychom říci, že je možné tuto metodu využít u léčby paréz v orofaciální oblasti, oblasti horních i dolních končetin, výsledky léčby jsou dobré, objevují se v řádu dnů až týdnů, po pěti až deseti akupunkturních sezeních. Využití akupunktury k léčbě dětské mozkové obrny není stále natolik rozšířené, jak by bylo vzhledem k frekvencí onemocnění potřebné. Praktikující lékaři mají s využitím akupunktury dobré zkušenosti, proto by bylo výborné, kdyby se tato metoda zařadila do léčebných metod DMO.

Závěr

Dětská mozková obrna je stále velmi častým postižením, proto je nutné, aby nejen rodiče, ale také lékaři, pedagogové a speciální pedagogové hledali další možnosti rehabilitace u tohoto postižení. Jednou z možností, která stále není dostatečně propagovaná, je akupunktura. Její účinnost při léčbě nejrůznějších onemocnění, a to i paréz nejrůznější etiologie, je prověřena tisíciletými zkušenostmi čínských lékařů. A právě studium tradiční čínské medicíny i nás přivedlo k zájmu o možnosti využití této metody léčby u dětské mozkové obrny.

Práci jsme rozdělili do dvou částí, v teoretické části jsme se věnovali vývoji, východiskům a principům tradiční čínské medicíny, příčinám nemocí z pohledu tradiční čínské medicíny a metodám léčby, které využívá, podrobně jsme se věnovali oblasti akupunktury, jejímu vzniku a vývoji, podstatě jejího využití, mechanismu jejího fungování, akupunkturním drahám a aktivním bodům. V kapitole věnované dětské mozkové obrně jsme charakterizovali její formy, uvedli jsme poruchy, které se mohou objevit, přiblížili jsme možnosti rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností a rehabilitační metody.

V praktické části jsme se zaměřili na propojení dětské mozkové obrny a akupunktury, možnosti jejího využití k léčbě paréz. Následně jsme se analýzou dotazníků pokusili odpovědět na hlavní výzkumnou otázku ***Jak a s jakými výsledky lze využít akupunkturu k léčbě DMO?*** Jejich analýzou jsme došli k závěru, že je možné tuto metodu využít u léčby paréz v orofaciální oblasti, oblasti horních i dolních končetin, výsledky léčby jsou dobré, objevují se v řádu dnů až týdnů, po pěti až deseti akupunkturních sezeních. Cíl práce jsme tedy splnili.

Doufáme, že tento průzkum oblasti aplikace akupunktury u dětské mozkové obrny a paréz obecně rozšíří povědomí o možnostech využití této metody, přiblíží její účinky rodičům dětí s dětskou mozkovou obrnou, lékařům i speciálním pedagogům.

Seznam použité literatury

1. ANDO, V. *Klasická čínská medicína : základy teorie I*. 5. vydání. Hradec Králové : Svítání, 2001. ISBN 80-86198-18-9.
2. ANDO, V. *Klasická čínská medicína : základy teorie 3*. Hradec Králové : Svítání, 1997. ISBN 80-901788-6-3.
3. BALOGH, V., ONDREJKOVIČOVÁ, A., STRAKOVÁ, M. Akupunkturou k účelné farmakoterapii. In *Acupuncture Bohemo Slovaca*, 2001, č. 4, s. 5-6. ISSN1335-5627.
4. BAREŠOVÁ, M. Akupunkturní postupy při léčbě patologií hybného systému. In *Acupuncture Bohemo Slovaca*, 2004, č. 3-4, s. 11-18. ISSN1335-5627.
5. DOLEJŠOVÁ, V. Akupunktura a endokrinologie. In *Acupuncture Bohemo Slovaca*, 2005, č. 1-2, s. 4-15. ISSN1335-5627.
6. *Essentials of Chinese Acupuncture*. Beijing : Foreign Languages Press, 1980.
7. FIALA, P., REŠLOVÁ, Š. Acupuncture Treatment of Cerebral Palsy and Speech Disorders. In PÁRA, F, FILDÁN, L. (ed.) *ICMART 2005 :International Medical Symposium of Acupuncture and Related Techniques = XXIII. Congressus Acupuncturae Bohemiae et Slovacae cum participatione internationali : final programme book of abstracts : 20-22 May 2005, Prague – Czech Republic – European Union*. Hradec Králové : Olga Čermáková, 2005, s. 107-108. ISBN 80-86703-06-1.
8. HORÁK, F., CHRÁSKA, M. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Praha : SPN, 1989.
9. JANČA, J. *Alternativní medicína : Komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. Doplněné vydání. Praha : Eminent, 2000. ISBN 80-7281-041-3.
10. KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: SPN, 1988.

11. KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J. *Somatopedie : Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha : Univerzita Karlova, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
12. KAJDOŠ, V. *Akupunktura, akupresura a čínská gymnastika aneb kovem a ohněm*. Třetí vydání. Praha : I. Železný, 1997. ISBN 80-237-2690-0.
13. KAO TUO. *Encyklopedie čínské medicíny*. Dobřejobice : Rebo Productions, 2001. ISBN 80-7234-166-9.
14. KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
15. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada, 2005.. ISBN 80-247-1018-8.
16. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha : Portál, 2002.. ISBN 80-7178-572-5.
17. LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-04-22922-0.
18. LESNÝ, I. a kol. *Dětská neurologie*. Praha : Avicenum, 1980. 400 s. ISBN 08-024-80.
19. RŮŽIČKA, R. *Akupunktura v teorii a praxi*. 3. doplněné vyd. Olomouc : Poznání, 2003. ISBN 80-86606-10-4.
20. RŮŽIČKA, R., SOSÍK, R., WANG, Y. *Tradiční čínská medicína v denním životě*. 2. vyd. Olomouc : Poznání, 2007. ISBN 978-80-86606-59-0.
21. ŠAROUNOVÁ, J. Alternativní a augmentativní komunikace u dětí s DMO. In BENDOVIČ, P. (ed.) *Komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou : Sborník příspěvků z cyklu seminářů „Aspekty komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou v praxi“*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006, s. 25-28. ISBN 80-244-1561-5.
22. ŠMIRALA, J. Akupunktúra vo fyziatrii, balneológii a liečebnej rehabilitácii. In *Acupunctura Bohemo Slovaca*, 2007, č. 1-2, s. 6-7. ISSN1335-5627.

23. ŠMIRALA, J. a kol. *Praktická akupunktúra*. Martin : Osveta, 1991. ISBN 80-217-0248-6.
24. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách : pravidla hry*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
25. VOGRALIK, V. G., VOGRALIK, M. V. *Akupunktura / bodová reflexní terapie*. Praha : Avicenum, 1992. ISBN 80-201-0196-9.
26. VYMAZAL, J., TUHÁČEK, M. *Akupunktura : Teoretická i praktická studie se zaměřením k neurologii*. Praha : SZN, 1965. Bez ISBN.
27. WEIKANG, F. *Traditional Chinese medicine and pharmacology*. Beijing : Foreign Languages Press, 1985. ISBN 0-8351-1351-5.
28. XINNONG, CH. (ed.). *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. Beijing : Foreign Languages Press, 1987. 544 s. ISBN 0-8351-2109-7.

Seznam příloh

1. příloha 1: Dotazník
2. příloha 2: Dráha plic
3. příloha 3: Dráha tlustého střeva
4. příloha 4: Dráha srdce
5. příloha 5: Dráha tenkého střeva
6. příloha 6: Dráha perikardu
7. příloha 7: Dráha tří ohříváčů
8. příloha 8: Dráha sleziny
9. příloha 9: Dráha žaludku
10. příloha 10: Dráha ledvin
11. příloha 11: Dráha močového měchýře
12. příloha 12: Dráha jater
13. příloha 13: Dráha žlučníku
14. příloha 14: Dráha Ren Mai
15. příloha 15: Dráha Du Mai
16. příloha 16: Extra body

Příloha 1 : Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentka třetího ročníku speciální pedagogiky a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Následující dotazník je zaměřen na využití akupunktury ve Vaší lékařské praxi. Výsledky dotazníku využiji ve své bakalářské práci „Akupunktura jako prostředek léčby dětské mozkové obrny“. Tento dotazník je zcela anonymní, výsledky budou sloužit jen k účelům mé bakalářské práce. Jeho vyplněním mi pomůžete k hlubšímu pochopení problematiky využití akupunktury u paréz, které bych se chtěla hlouběji věnovat ve svém studiu speciální pedagogiky a přírodní medicíny.

Na následující otázky odpovězte, prosím, co nejdetailněji. Pozornost věnujte především problematice využitých akupunkturních bodů. Jakékoli další poznatky můžete uvést v části „Vaše připomínky“.

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Vzdělání v oblasti alternativní medicíny:

Délka praxe v oblasti akupunktury:

1. Jaké jsou nejčastější zdravotní problémy, se kterými Vás pacienti navštěvují?
2. Jaké jsou nejčastější zdravotní problémy v oblasti pohybového aparátu, se kterými Vás pacienti navštěvují?
3. Využil/a jste někdy akupunkturu k léčbě paréz?

Pokud jste na otázku č. 3 odpověděl/a kladně, prosím o zodpovězení následujících otázek:

4. Která primární onemocnění způsobující parézu jste léčil/a akupunkturou?
5. Které primární onemocnění způsobující parézu v orofaciální oblasti jste léčil/a akupunkturou?
6. Pokud jste léčil parézu v orofaciální oblasti, které akupunkturní body jste použil/a?
7. Jaké byly výsledky léčby parézy orofaciální oblasti akupunkturou?
8. Po jak dlouhé době se objevily výsledky léčby parézy orofaciální oblasti akupunkturou?
9. Které primární onemocnění způsobující parézu horních končetin jste léčil/a akupunkturou?
10. Pokud jste léčil/a parézu horních končetin, které akupunkturní body jste použil/a?
11. Jaké byly výsledky léčby parézy horních končetin akupunkturou?

12. Po jak dlouhé době se objevily výsledky léčby parézy horních končetin akupunkturou?
13. Které primární onemocnění způsobující parézu dolních končetin jste léčil/a akupunkturou?
14. Pokud jste léčil/a parézu dolních končetin, které akupunkturální body jste použil/a?
15. Jaké byly výsledky léčby parézy dolních končetin akupunkturou?
16. Po jak dlouhé době se objevily výsledky léčby parézy dolních končetin akupunkturou?

Vaše připomínky:

Děkuji Vám za pečlivé vyplnění dotazníku a za Váš čas věnovaný jeho vyplnění. Pokud budete mít zájem, ráda Vám svoji bakalářskou práci po jejím dokončení zašlu e-mailem.

Bc. Eva Šupčíková
737 671 247
ejinecka@gmail.com

Příloha 2 : Dráha plíc

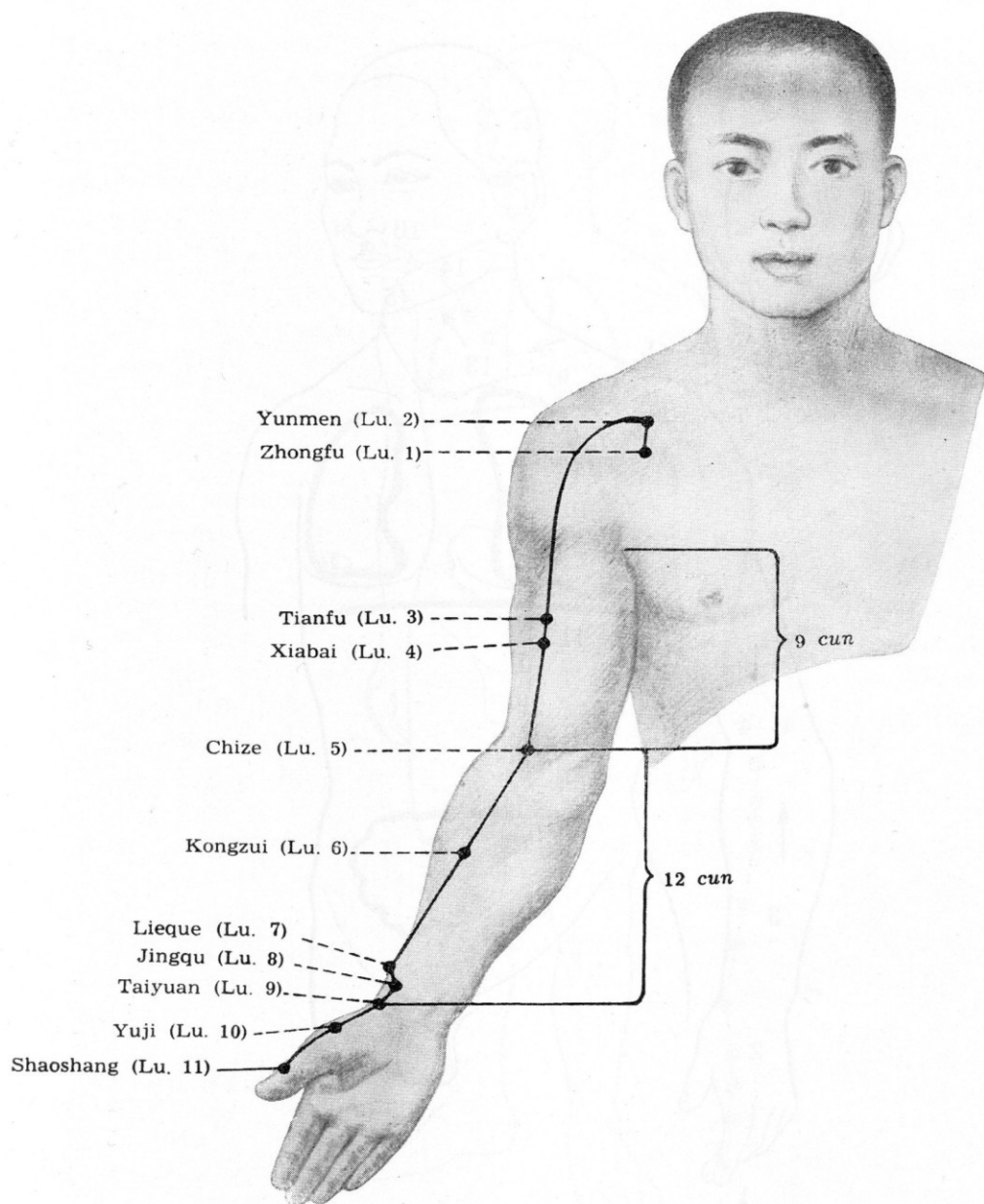


Fig. 19. The Lung Channel of Hand-Taiyin.

Příloha 3 : Dráha tlustého střeva

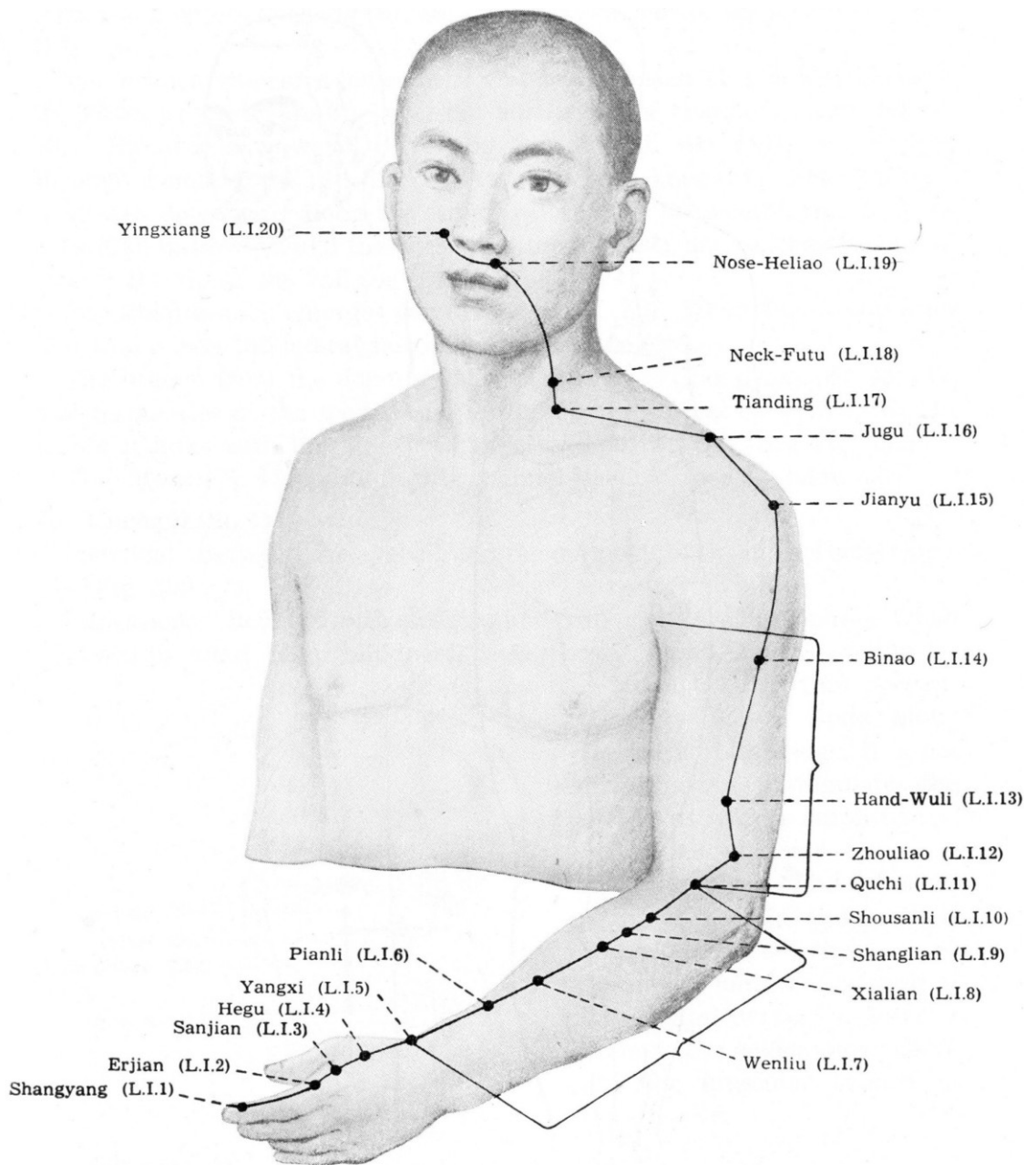


Fig. 27. The Large Intestine Channel of Hand-Yangming.

Příloha 4 : Dráha srdce

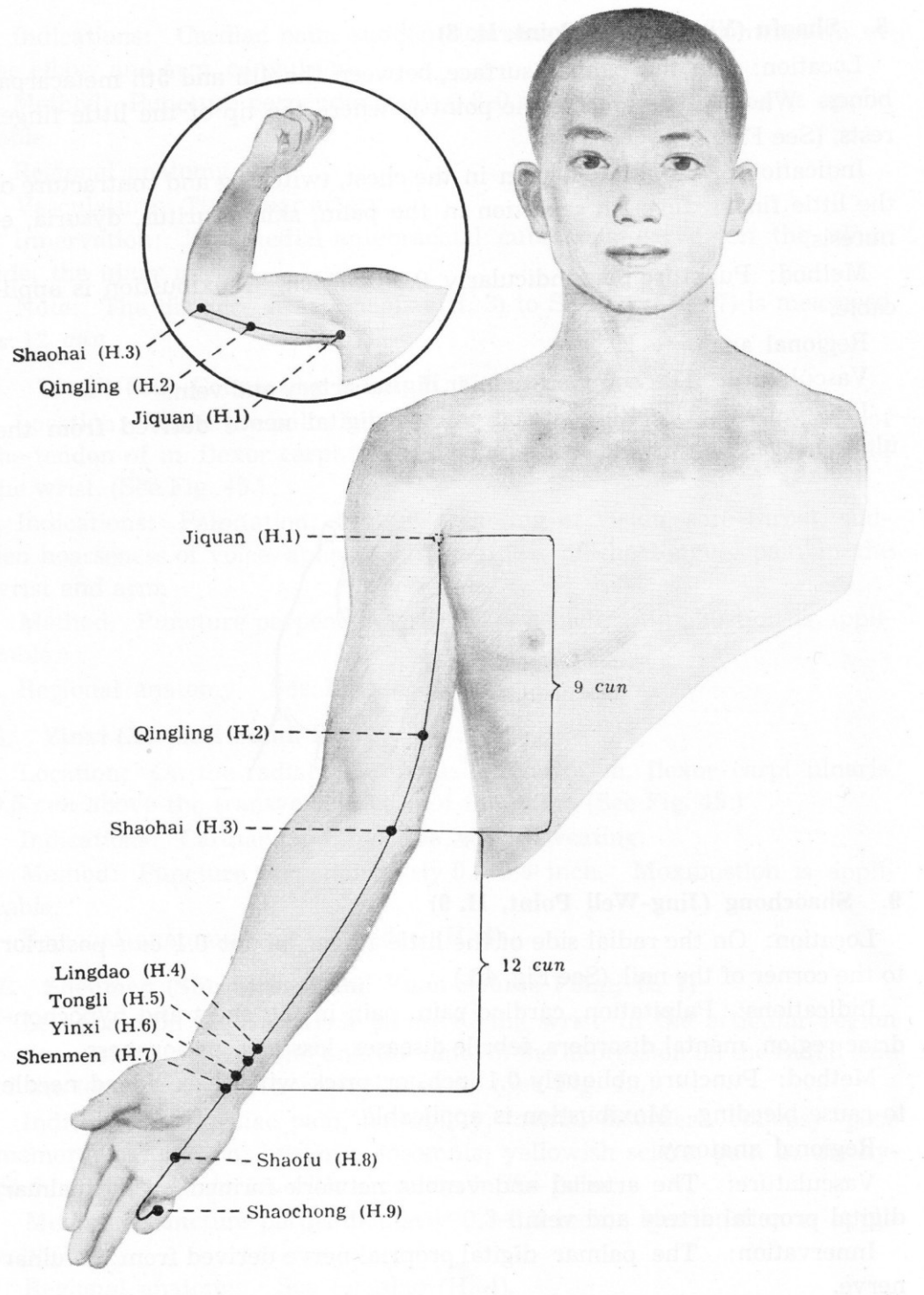


Fig. 47. The Heart Channel of Hand-Shaoyin. 9 cun and 12 cun.

Příloha 5 : Dráha tenkého střeva

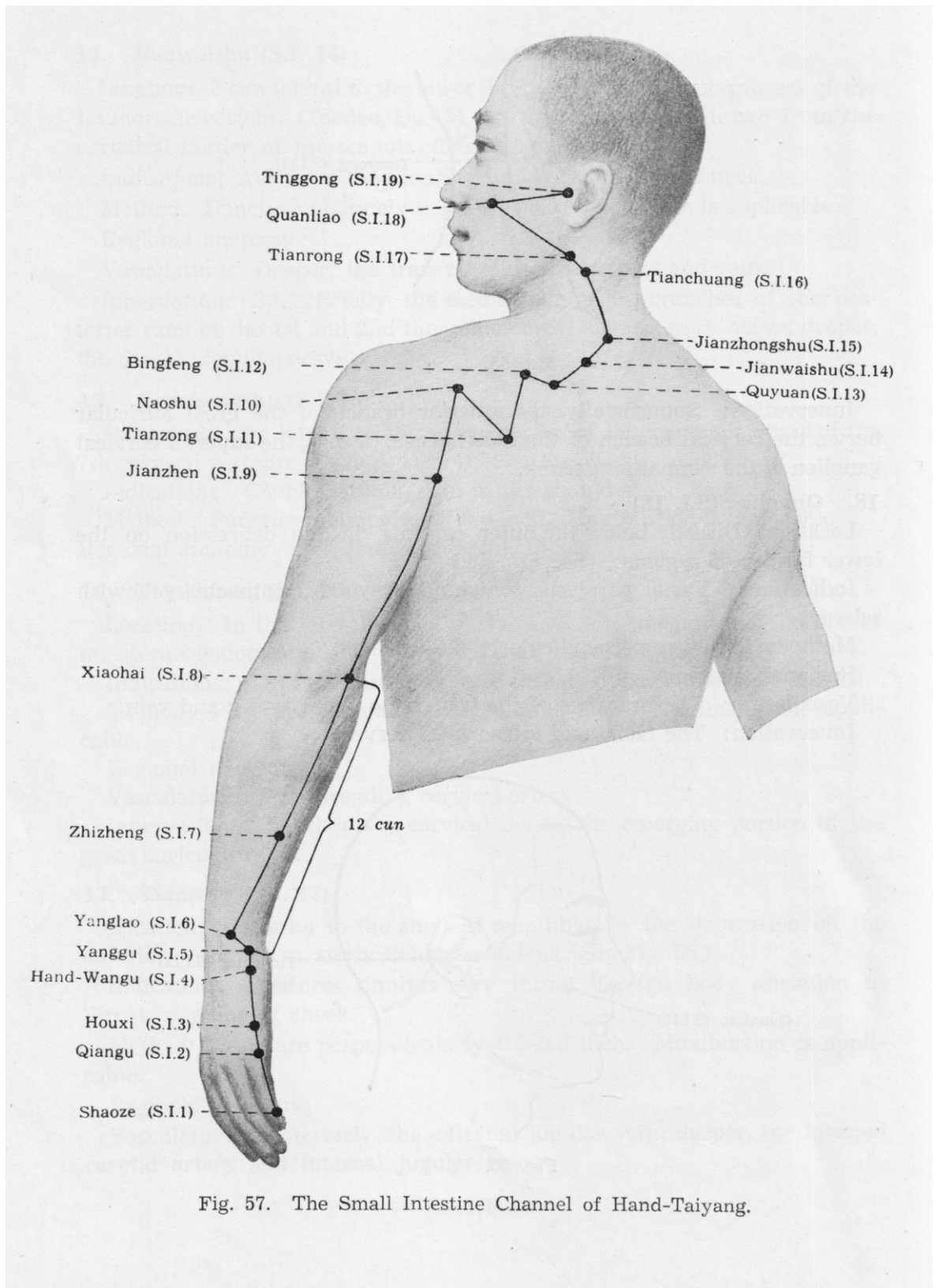


Fig. 57. The Small Intestine Channel of Hand-Taiyang.

Příloha 6 : Dráha perikardu

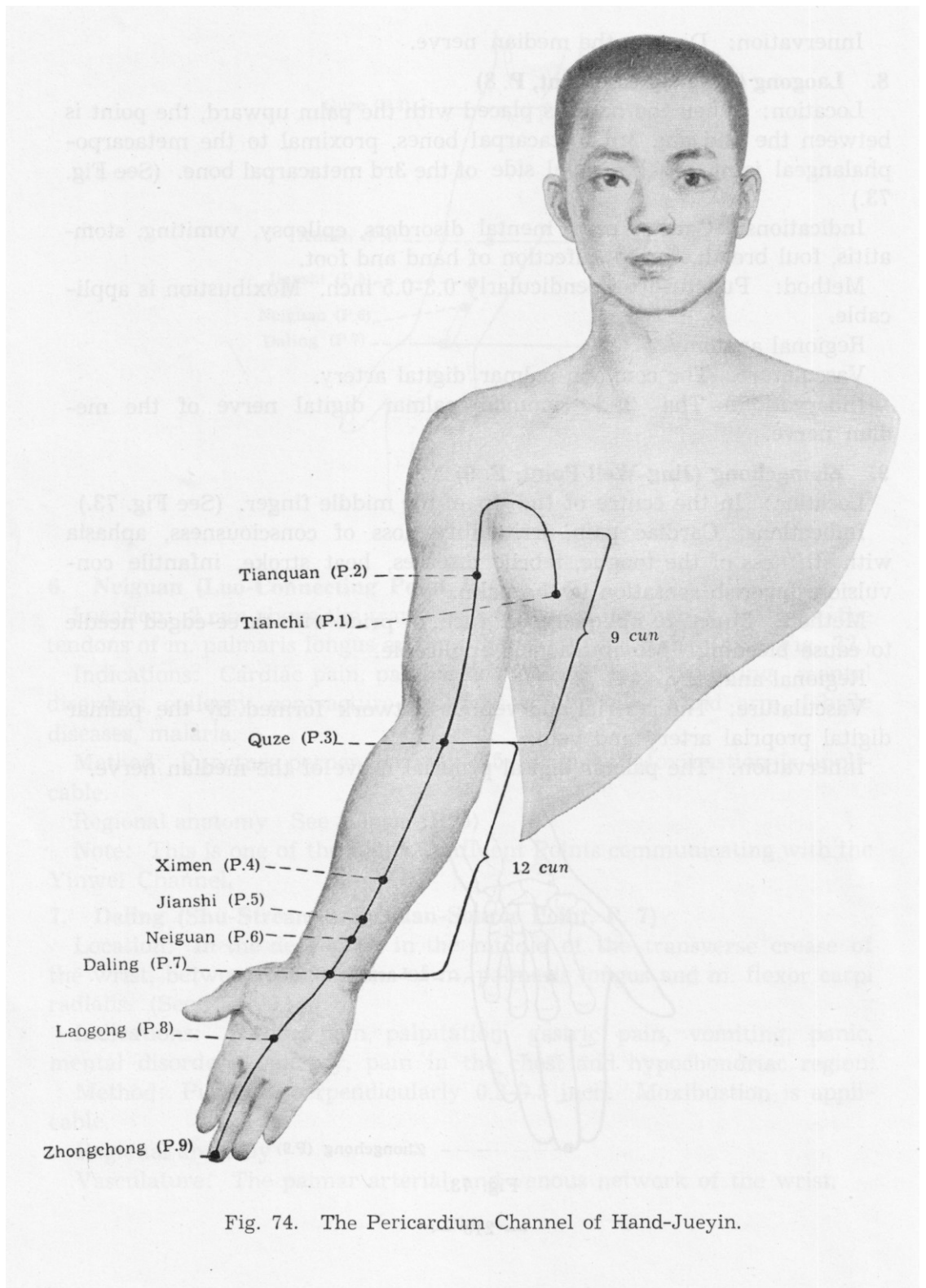


Fig. 74. The Pericardium Channel of Hand-Jueyin.

Příloha 7 : Dráha tří ohřivačů

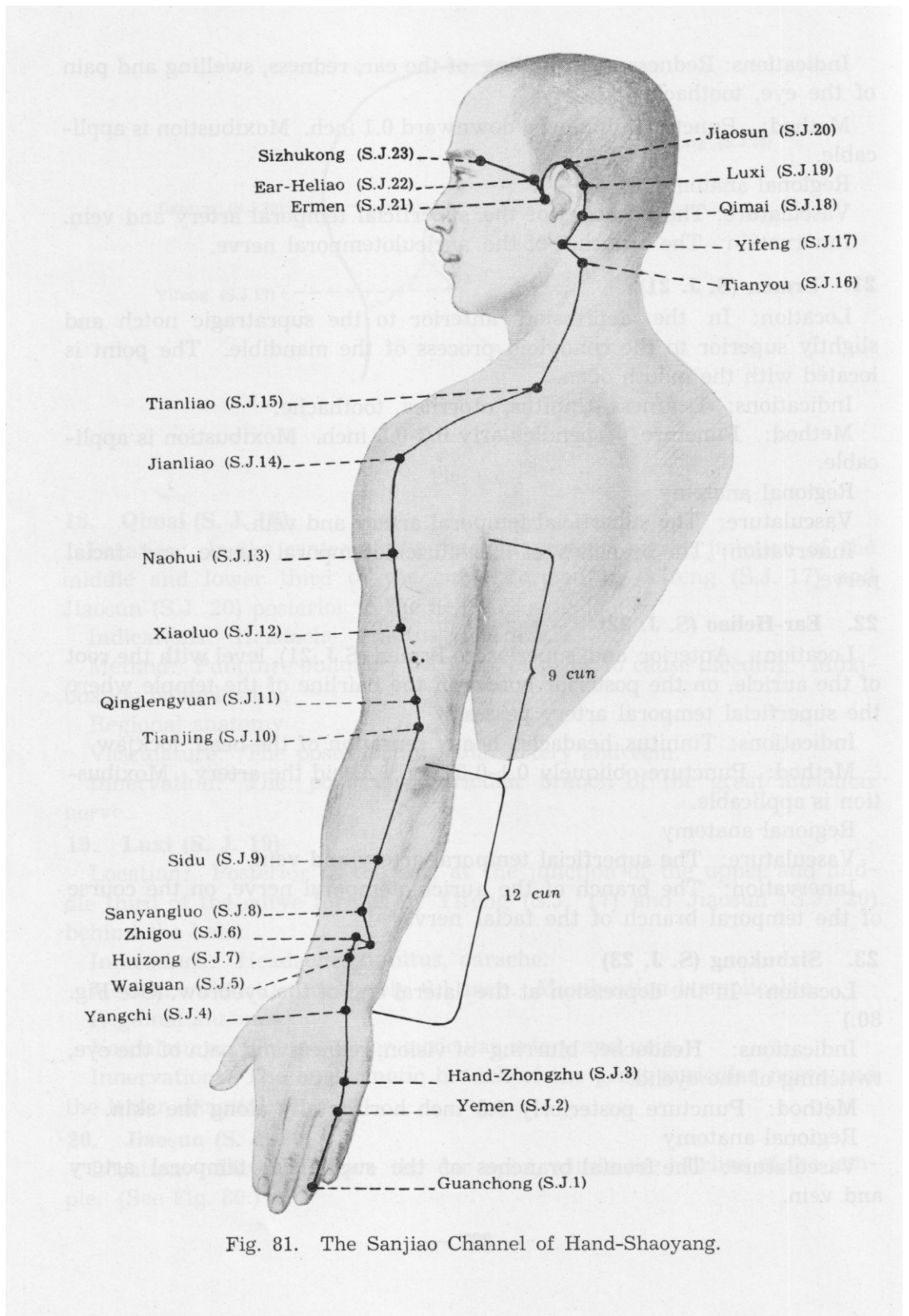


Fig. 81. The Sanjiao Channel of Hand-Shaoyang.

Příloha 8 : Dráha sleziny

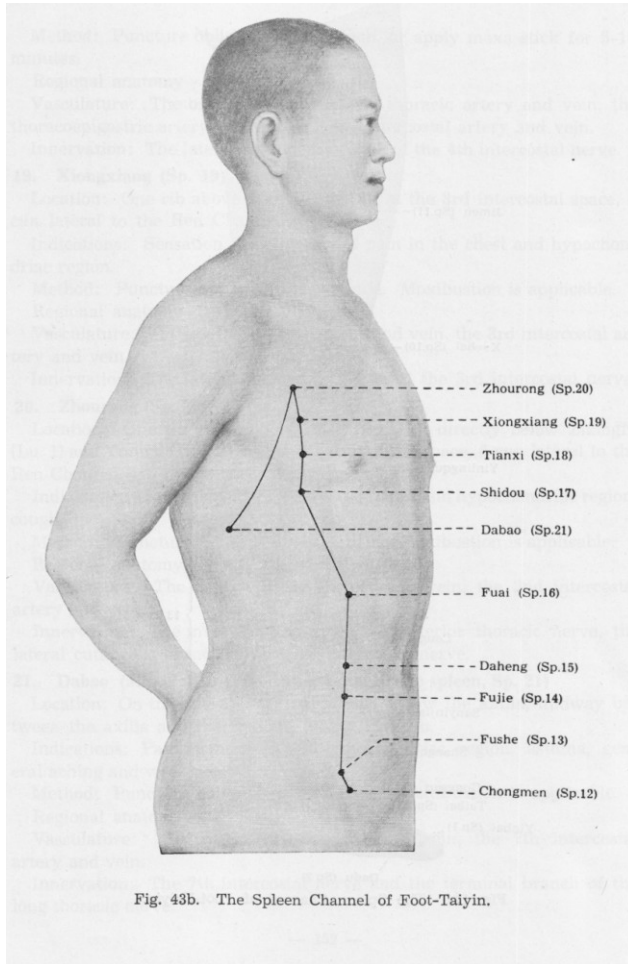


Fig. 43b. The Spleen Channel of Foot-Taiyin.

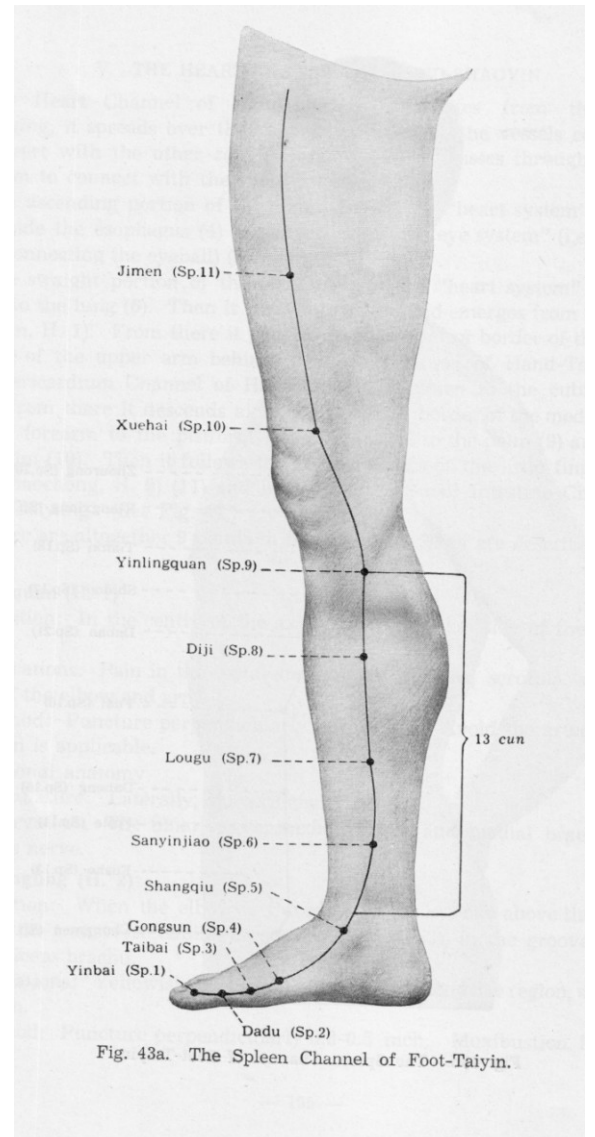


Fig. 43a. The Spleen Channel of Foot-Taiyin.

Příloha 9 : Dráha žaludku

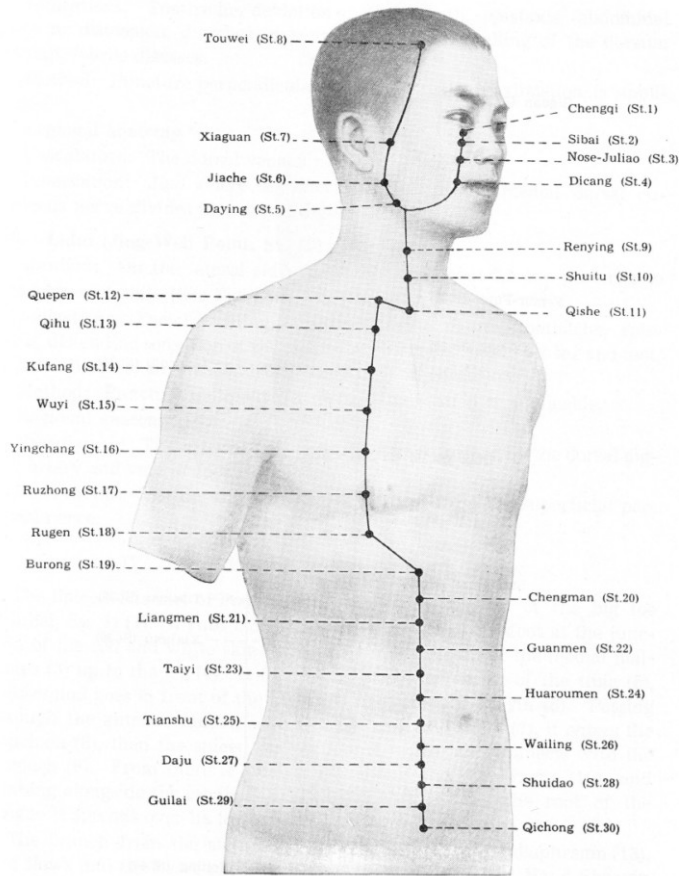


Fig. 37a. The Stomach Channel of Foot-Yangming.

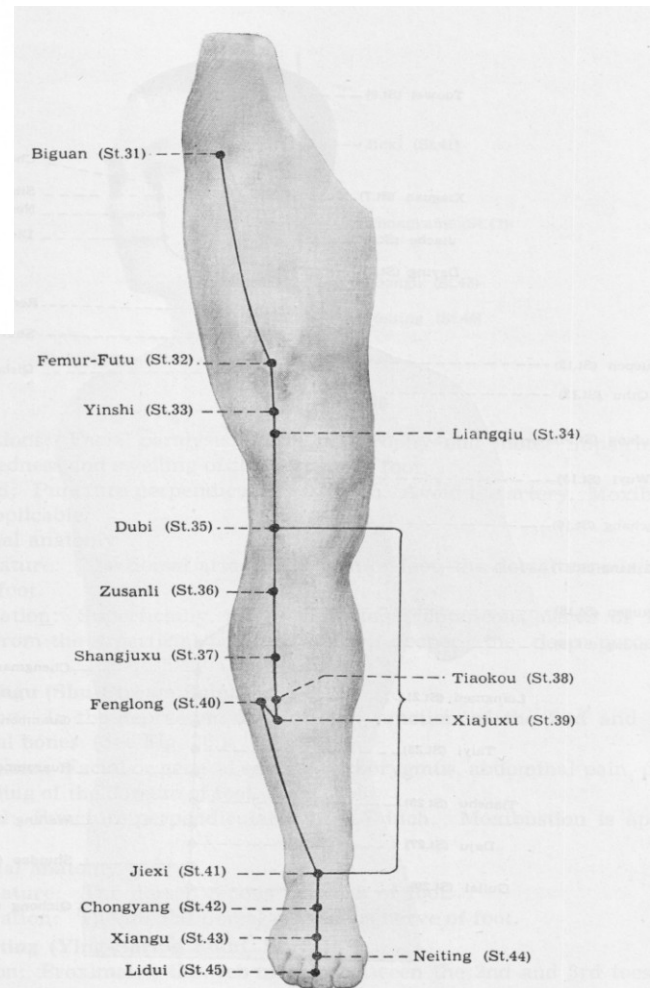


Fig. 37b. The Stomach Channel of Foot-Yangming.

Příloha 10 : Dráha ledvin

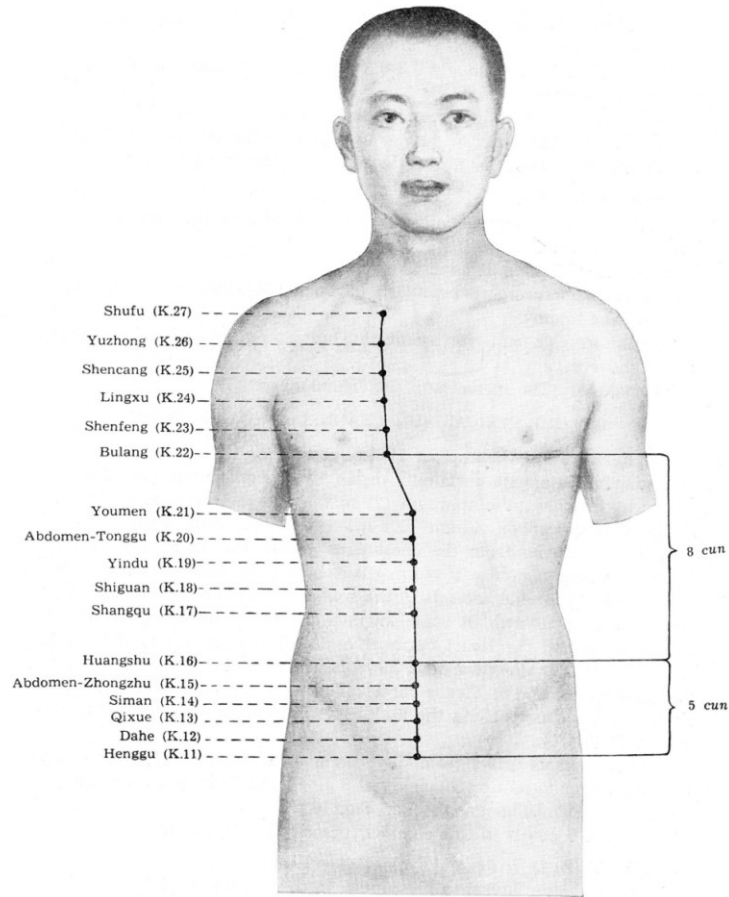


Fig. 69b. The Kidney Channel of Foot-Shaoyin.

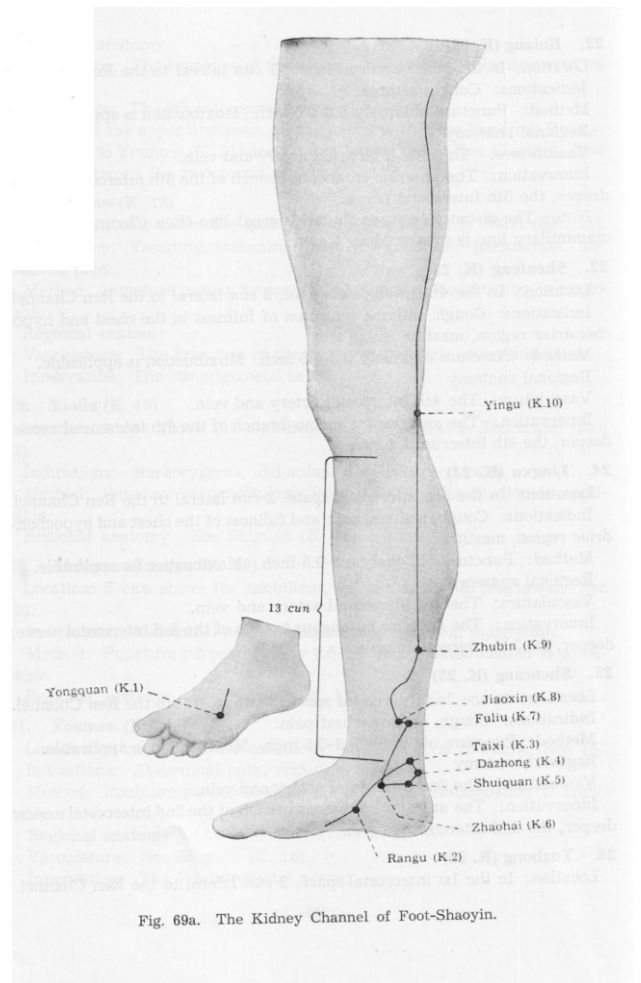
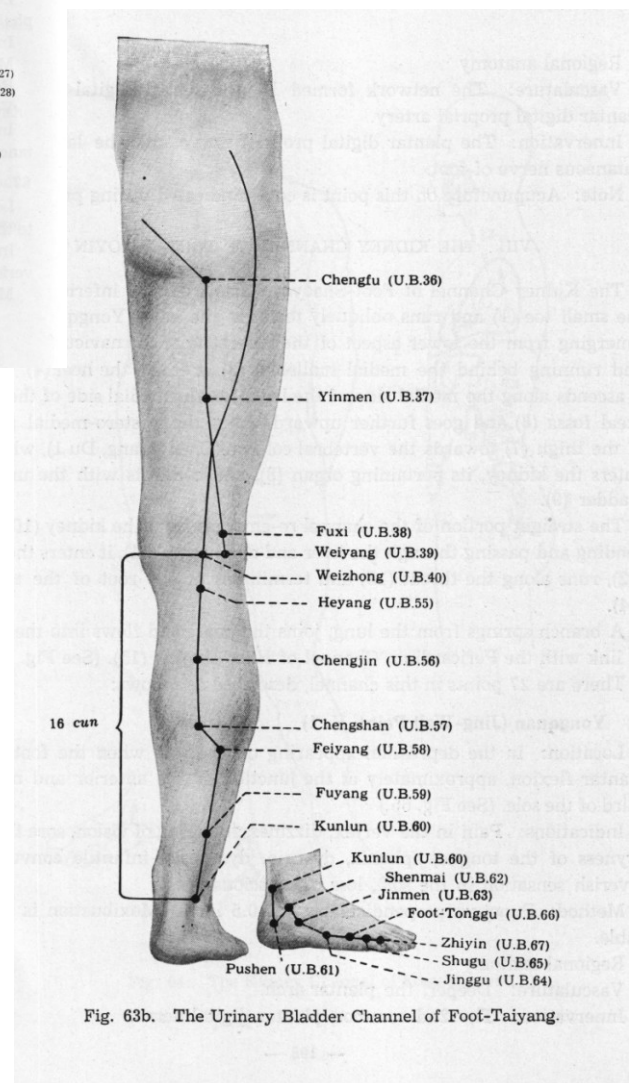
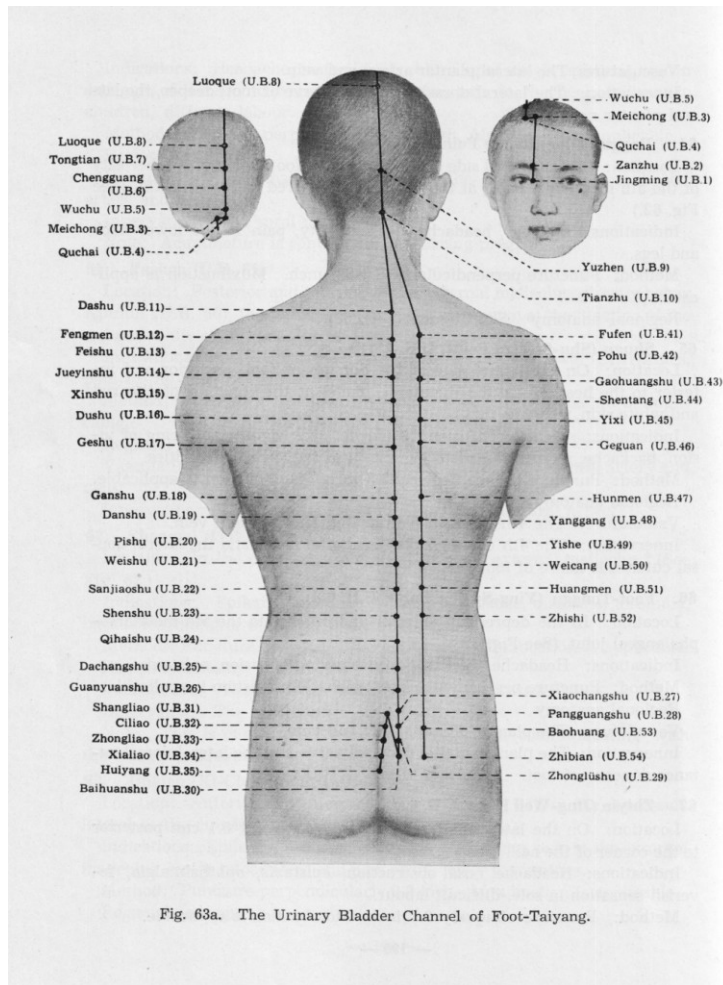
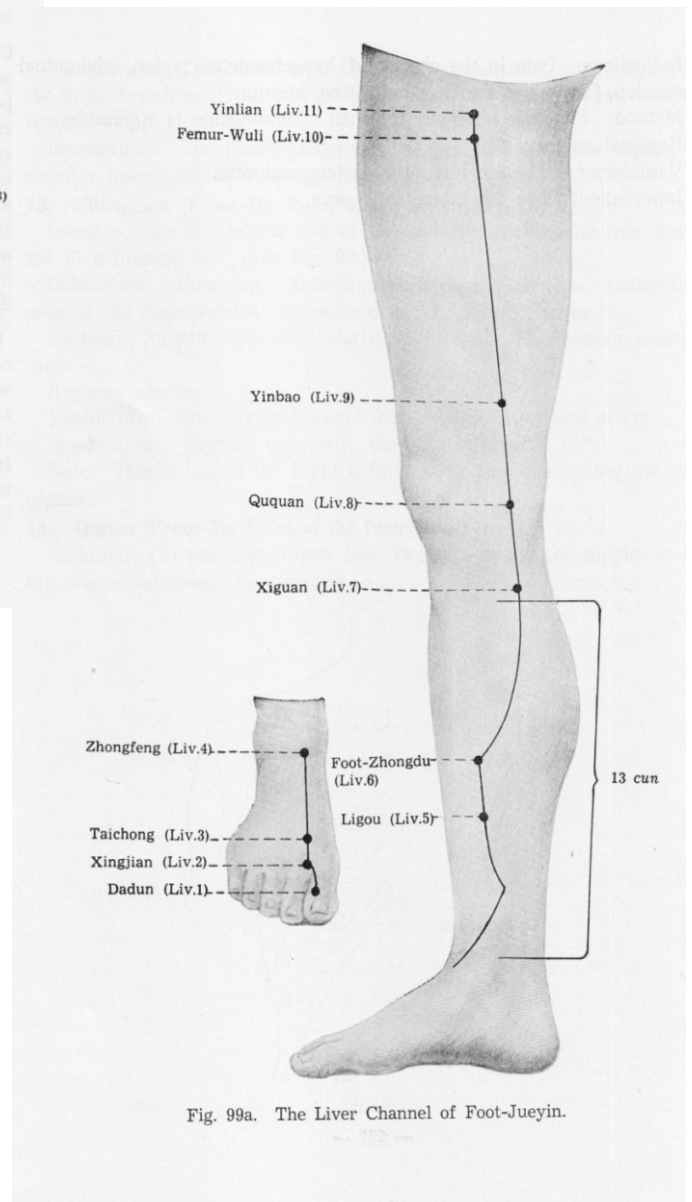
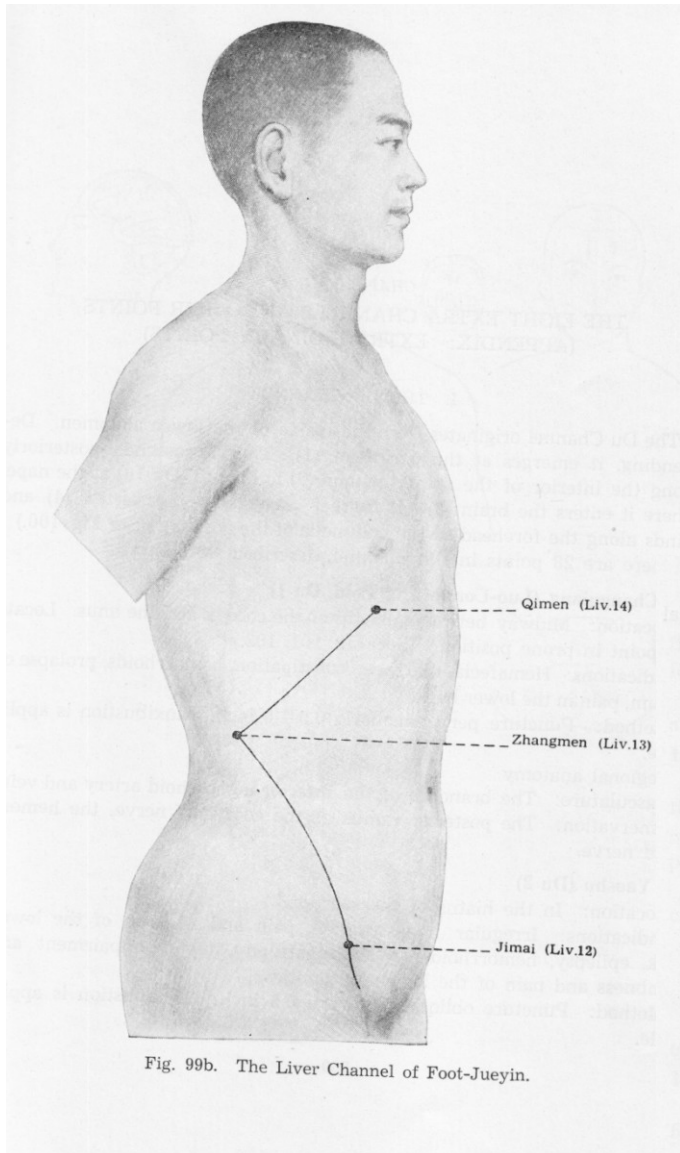


Fig. 69a. The Kidney Channel of Foot-Shaoyin.

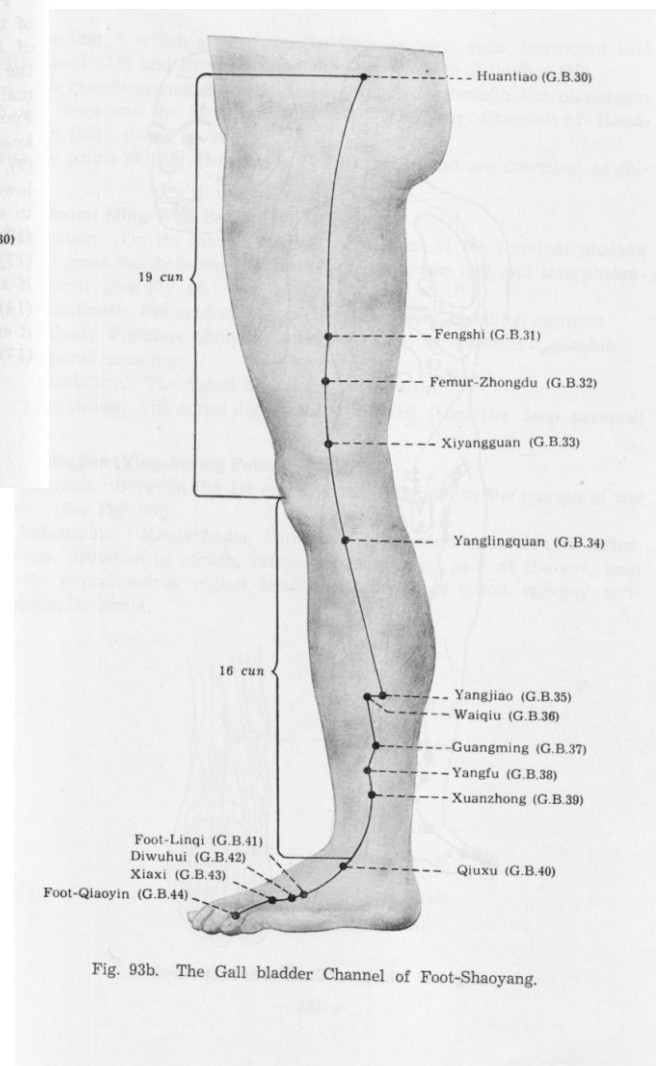
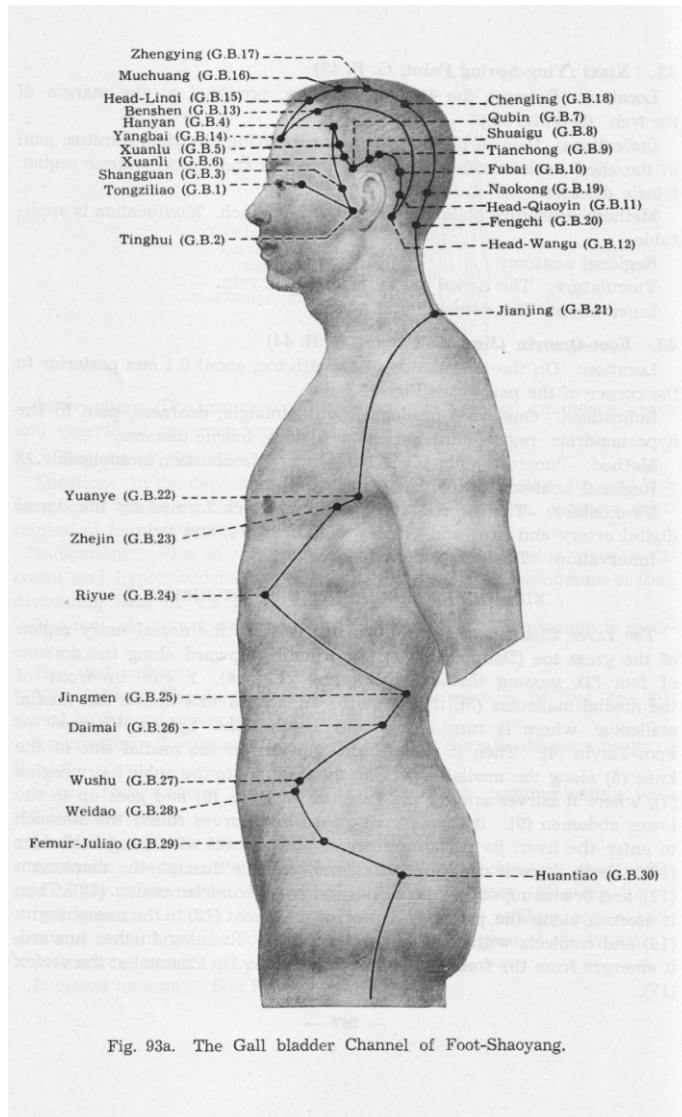
Příloha 11 : Dráha močového měchýře



Příloha 12 : Dráha jater



Příloha 13 : Dráha žlučníku



Příloha 14 : Dráha Ren Mai – přední střední dráha

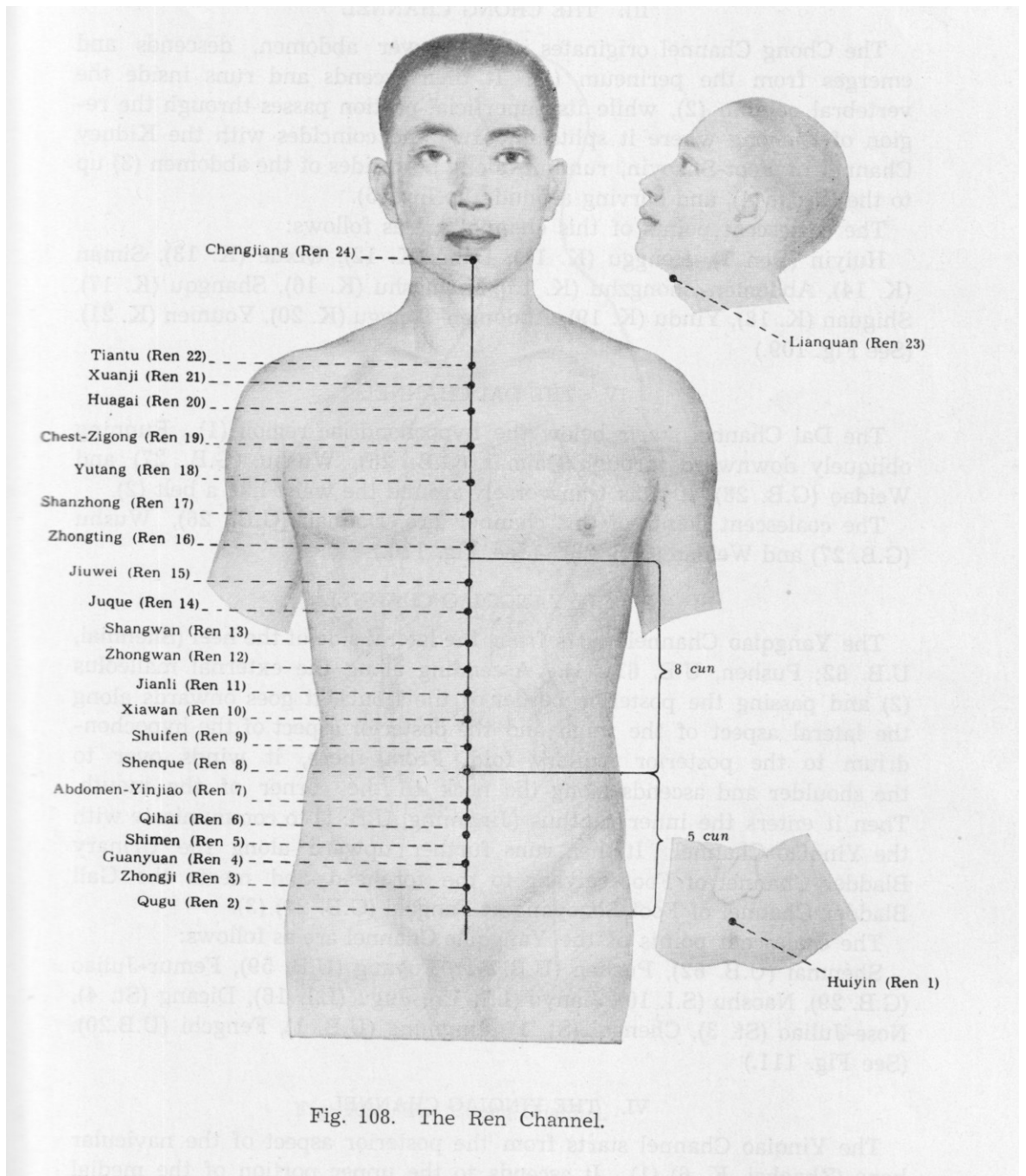


Fig. 108. The Ren Channel.

Příloha 15 : Dráha Du Mai – zadní střední dráha

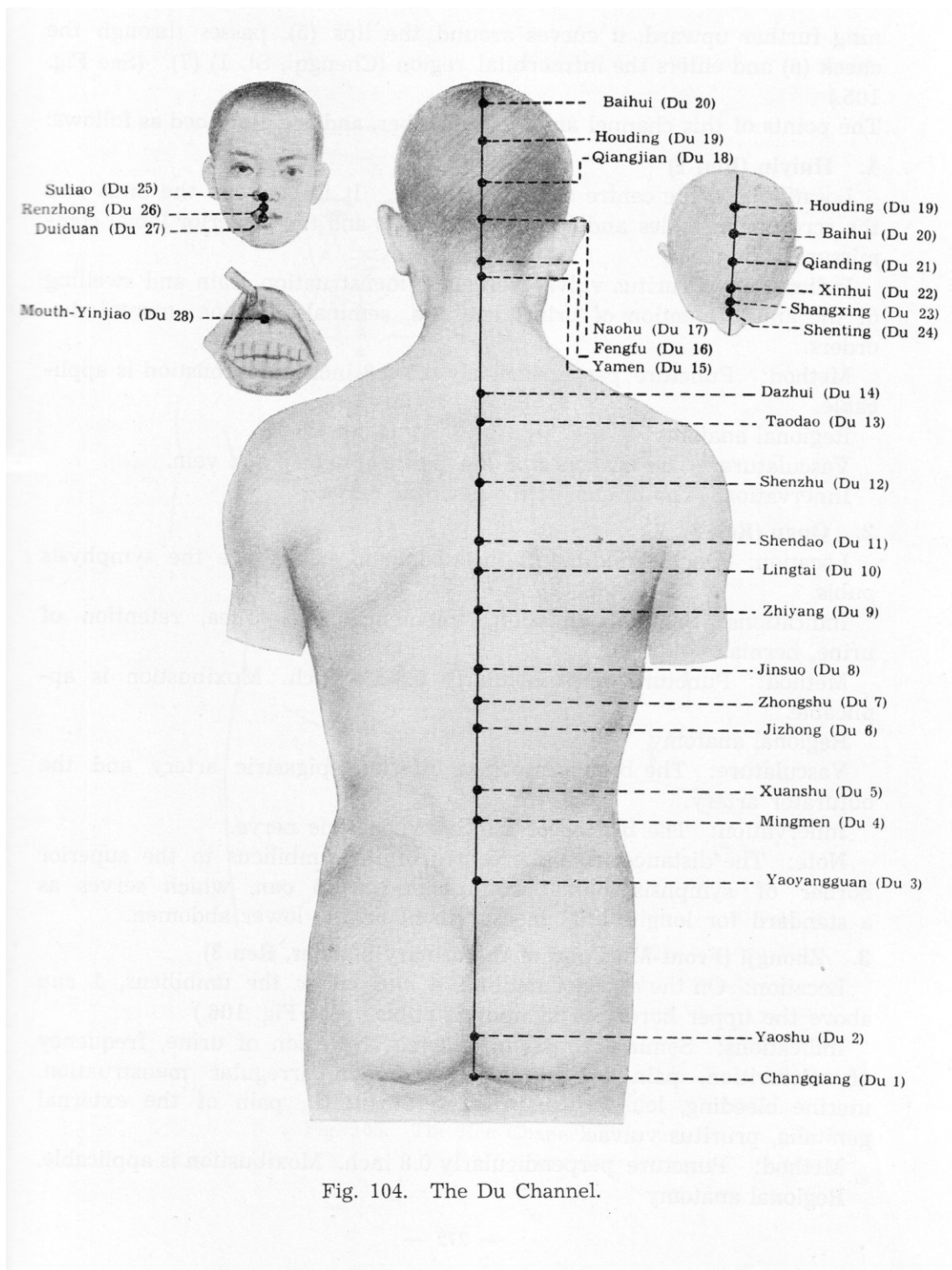
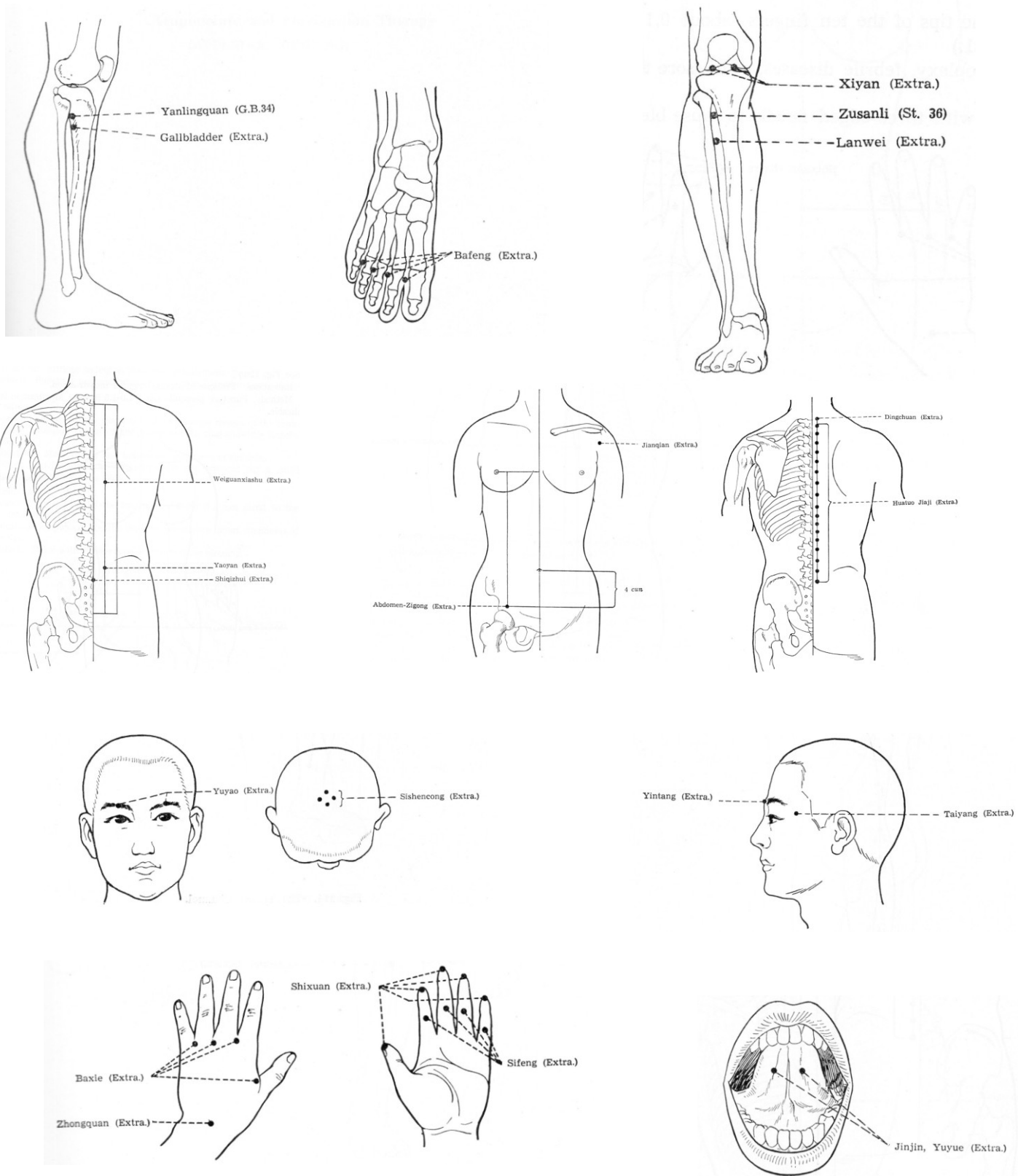


Fig. 104. The Du Channel.

Příloha 16 : Extra body



Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Eva Šupčíková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Využití akupunktury jako prostředku rozvoje hybnosti dětí s DMO
Název v angličtině:	Acupuncture as a Remedy of Mobility Development of Children with Infant Cerebral Palsy.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá využitím akupunktury jako léčebného prostředku u paréz, a to v orofaciální oblasti, v oblasti horních a dolních končetin. Teoretická část přináší informace o tradiční čínské medicíně, akupunktuře a dětské mozkové obrně. Praktická část interpretuje výsledky získané výzkumným šetřením u lékařů praktikujících akupunkturu.
Klíčová slova:	Tradiční čínská medicína, dětská mozková obrna, akupunktura, dotazník, paréza, orofaciální oblast, horní končetiny, dolní končetiny
Anotace v angličtině:	The Bachelor work is concerned with the use of acupuncture as a remedy of paresis in the orofacial area, paresis of arms and legs. The theoretical part carries information about the traditional Chinese medicine, acupuncture and infant cerebral palsy. The practical part explicates the results of the research made with doctors who practice acupuncture.
Klíčová slova v angličtině:	Traditional Chinese Medicine, Infant Cerebral Palsy, Acupuncture, Questionnaire, Paresis, Orofacial Area, Arms, Legs
Přílohy vázané v práci:	16 příloh
Rozsah práce:	86 stran
Jazyk práce:	Čeština