

Zdzisław Drobner

Masaż chiński TUI-NA dla początkujących



MASAŻ

chiński Tui-Na
dla początkujących

[Kup książkę](#)

REDAKCJA: Urszula Kowalewska-Pasek
PROJEKT OKŁADKI: Anna Drozdowska

Wydanie I
Białystok 2021
ISBN 978-83-8272-162-1

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Vital, Białystok 2007
All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy żadna część tej książki nie może być powielana w jakimkolwiek procesie mechanicznym, fotograficznym lub elektronicznym ani w formie nagrania fonograficznego. Nie może też być przechowywana w systemie wyszukiwania, przesyłana lub w inny sposób kopiowana do użytku publicznego lub prywatnego – w inny sposób niż „dozwolony użytek” obejmujący krótkie cytaty zawarte w artykułach i recenzjach.

Książka ta zawiera porady i informacje odnoszące się do opieki zdrowotnej. Nie powinny one jednak zastępować porady lekarza ani dietetyka. Jeśli podejrzewasz u siebie problemy zdrowotne lub wiesz o nich, powinieneś skonsultować się z lekarzem, zanim rozpoczniesz jakikolwiek program poprawy zdrowia czy leczenia. Dołożono wszelkich starań, aby informacje zaprezentowane w tej książce były rzetelne i aktualne podczas daty jej publikacji. Wydawca ani autor nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek skutki dla zdrowia, mogące wystąpić w wyniku stosowania zaprezentowanych w książce metod.



15-762 Białystok
ul. Antoniuk Fabr. 55/24
85 662 92 67 – redakcja
85 654 78 06 – sekretariat
85 653 13 03 – dział handlowy – hurt
85 654 78 35 – www.vitalni24.pl – detal
strona wydawnictwa: www.wydawnictwovital.pl
Więcej informacji znajdziesz na portalu www.odzywianie24.pl

PRINTED IN POLAND

Kup książkę

Zdzisław Drobner

MASAŻ

chiński Tui-Na
dla początkujących



vital
GWARANCJA ZDROWIA

[Kup książkę](#)

Spis treści

Przedmowa	7
Zamiast wstępu.....	8
Teoretyczne podstawy tradycyjnego masażu chińskiego TUI-NA	11
Topografia meridianów i najważniejszych punktów	35
Techniki masażu chińskiego	100
Techniki oddziaływania na punkt.....	103
Techniki oddziaływania na większe powierzchnie	110
Programy profilaktyczne	126
Punkty minimum	126
Masaż „7 linii”	128
Masaż oczu	132
Przykładowe programy terapeutyczne.....	136
Układ oddechowy.....	180
Infekcje dolnych dróg oddechowych	180
Układ trawienny	198
Dolegliwości żołądka	198
Choroby kobiece	215
Zaburzenia miesiączkowania	215
Literatura uzupełniająca w języku polskim	227

Przedmowa

Książka, którą Państwo bierzecie do rąk, jest próbą połączenia elementów tradycyjnej medycyny chińskiej z medycyną Zachodu.

Pomyślana została ona przede wszystkim jako podręcznik zaadresowany głównie do masażystów, ale także do laików medycznych, chcących zapoznać się z podstawami tej coraz modniejszej dziś metody. Z samej książki jednak wszystkiego nauczyć się nie da (w końcu można sobie kupić np. podręcznik chirurgii stomatologicznej, ale zębów przecież nie zacznie się po jego przeczytaniu wyrywać...) i chociaż starałem się opisać w niej szczegóły techniczne w miarę możliwości jak najdokładniej – jak zawsze, nic nie jest w stanie zastąpić uważnego i dosłownie „bijącego po łapach” instruktora, jeśli coś nie będzie wykonane dokładnie tak, jak trzeba. Przedstawione w książce techniki stanowią oczywiście jedynie wybór, właśnie między innymi z powyższego powodu.

Dla miłośników medycyny chińskiej jeszcze jedna uwaga: zdaję sobie sprawę, że część z Was chciałaby może spotkać się tu w większym stopniu z filozofią, terminologią chińską itp. Przeznaczenie tej książki jest jednak inne: jest to podręcznik, który ma przybliżyć masaż chiński człowiekowi, który nie wie wiele o tych sprawach, patrzy na całą problematykę „europejskimi” oczami (stąd przedstawienie jednostek chorobowych właśnie z „zachodniego” punktu widzenia), ale chciałby nauczyć się czegoś nowego, przede wszystkim ze względów i dla celów praktycznych! Książek zaś o filozofii medycyny chińskiej w tej chwili na rynku nie brakuje...

Pozostaje mi zatem życzyć Państwu jak najwięcej przyjemności z czytania tej książki oraz pożytku z umiejętnego (mam nadzieję) stosowania zawartych w niej technik. Radzę serdecznie – **PO KURSIE!!!**

Zamiast wstępu

Przypadło mi w udziale przybliżyć Państwu tajemniczy świat tradycyjnego masażu chińskiego TUI-NA. Czym jednak jest ta metoda? Jest to niewątpliwie jedna z najstarszych form terapii znana, w formie udokumentowanej, z całą pewnością od prawie 2500 lat.

W powstałym w latach 475–221 p.n.e. podstawowym kanonie medycyny chińskiej *Huangdi – Nei – Jing* masaż ten jest już dokładnie opisany jako forma specyficznej terapii. Także i dziś obok akupunktury i ziołolecznictwa jest on w Chinach jedną z głównych metod terapeutycznych tradycyjnej medycyny chińskiej. Zajmują się nim najczęściej w pełni kompetentni lekarze tradycyjnej medycyny chińskiej, wykształceni w przeciągu sześcioletnich studiów. Metoda masażu chińskiego oprócz odpowiedniego poziomu wiedzy ogólnomedycznej wymaga bowiem doskonałego wręcz opanowania zróżnicowanych, skomplikowanych, a niekiedy wręcz ryzykownych technik. Nie sposób więc nauczyć się jej „po łebkach”, zwłaszcza że operuje ona w większej części obcym Europejczykowi światem pojęć. Przedstawione tu zatem założenia teoretyczne i opis technik stanowią tylko „wstęp do wstępu”, i dobrane są jedynie i wyłącznie na użytek domowy (choćaż zdają sobie sprawę, że tak jak dotąd korzystać z niej będą, być może, również terapeuci profesjonalni).

Ponieważ książka moja jest napisana „dla każdego”, starałem się uczynić to tak prostym językiem, jak tylko było możliwe. Musiałem jednak założyć, że jesteście Państwo zaznajomieni z podstawowymi pojęciami z zakresu anatomii i fizjologii człowieka, w zakresie, powiedzmy, szkoły średniej... Jeśli nie – nie obejdzie się bez zajrzenia do podręczników szkolnych i małego atlasu anatomicznego, to powinno już wystarczyć! Wiadomości tam zawarte pozwolą śledzić tok wykładu z większym zrozumieniem. Podkreślić zaś muszę, że to, czego się z tej książeczki nauczycie, jest z pewnością sprawdzone (także podczas prowadzonych przeze mnie kursów) i bezwzględnie bezpieczne.

A teraz druga sprawa: nie jest to książka o akupresurze. Jak się przekonamy, pojęcia: *tradycyjny masaż chiński* i *akupresura* nie oznaczają wcale tego

samego! Można wręcz powiedzieć inaczej: akupresura jest **częścią** masażu chińskiego i to bynajmniej nie najważniejszą, ogranicza się bowiem najczęściej (choć nie zawsze) do stosowania zestawów punktów zapożyczonych z akupunktury igłowej. Punkt akupunkturowy ma jednak średnicę zaledwie 1–3 mm, palec natomiast jest „nieco” szerszy... Stąd też i dobór punktów jest w obydwóch przypadkach różny. Akupunkturzyści korzystają chętnie z punktów znajdujących się na kończynach, położonych niekiedy blisko siebie i łatwo dostępnych, chociaż nie zawsze najprostszych do odnalezienia, natomiast masażysta szuka raczej punktów o podobnym wprawdzie znaczeniu, położonych jednak inaczej: daleko od siebie, w dobrze umięśnionej tkance, możliwych do stosowania bez obawy stymulowania punktów sąsiednich, jako że mają one niekiedy działanie zupełnie odmienne.

Stosowanie masażu chińskiego powinno być poprzedzone postawieniem profesjonalnej (w europejskim rozumieniu) diagnozy medycznej, która zagwarantuje masażystie pewność, że zastosowane metody i techniki nie przyniosą pacjentowi szkody, ani też nie przesłonią niekiedy bardzo ważnych objawów. Po dokonaniu rozpoznania przez lekarza, i zawsze w porozumieniu z nim, możemy wesprzeć niezwykle skutecznie organizm w jego walce z chorobą, wzmacniając siły odpornościowe, poprawiając stan mięśni i stawów, łagodząc ból i inne nieprzyjemne objawy. Stosowanie masażu chińskiego może zatem w znacznym stopniu ograniczyć konieczność stosowania leków, zwłaszcza przeciwbólowych. Pamiętajmy jednak zawsze o starym przysłowiu mówiącym, że „Bóg przed terapią postawił diagnozę” i pozostawmy ją w rękach naprawdę przygotowanych do tego osób!!

W tym miejscu należy się Czytelnikowi kilka słów porównania tradycyjnego masażu chińskiego z popularnym w naszym kraju, wchodzącym w skład kompleksu zabiegów fizjoterapeutycznych, masażem klasycznym. Ten ostatni, nie negując bynajmniej jego skuteczności w wielu przypadkach, jest typową metodą pomocniczą o dość ograniczonym zakresie działania. Oparty na zupełnie innych, a niekiedy dla nas nie do końca zrozumiałych podstawach teoretyczno-filozoficznych, tradycyjny masaż chiński TUI-NA jest metodą w wielu przypadkach działającą **przyczynowo**, tzn. mogącą dotrzeć do samego sedna i przyczyny schorzenia, co zresztą nie dotyczy wyłącznie narządu ruchu, ale także, a może nawet przede wszystkim, schorzeń narządów wewnętrznych.

Regulując energetykę organizmu, może on w wielu przypadkach w znacznym stopniu zastąpić lub skutecznie uzupełnić leczenie farmakologiczne czy chirurgiczne. Zakres technik stosowanych w tej metodzie leczniczej jest olbrzymi: poza chwytami typowymi dla masażu (którym poświęcona jest ta książka) i niekiedy porównywalnymi do masażu klasycznego, dysponuje on całym arsenalem ćwiczeń

biernych, metod przypominających europejskie masaże specjalne – segmentarny i łącznotkankowy, terapię manualną (chiropraktykę) oraz wspomnianą wyżej tzw. akupresurę klasyczną. Jest to zatem metoda kompleksowa, z dzisiejszego punktu widzenia bardzo bliska tak modnej obecnie filozofii leczenia holistycznego. Jeśli do niej dodamy ćwiczenia higieniczno-terapeutyczne Qigong oraz specjalne ćwiczenia oddechowe, będziemy dysponować niezwykle efektywną alternatywą dla medycyny „pigułkowej”, zwłaszcza w zakresie tak częstych dziś schorzeń czynnościowych i psychosomatycznych.

I na zakończenie jeszcze jedna uwaga.

Nie ukrywam, że sam też lubię czytać książki, a zwłaszcza podręczniki, w sposób zdecydowanie selektywny, tzn. od końca lub wybierać ze spisu treści – jak z restauracyjnego menu – poszczególne pozycje. Znając zatem dobrze z własnego doświadczenia objawy tej „choroby”, starałem się postępowanie takie moim Czytelnikom możliwie utrudnić. Ponieważ książka zawiera jedynie najniezbędniejsze, podstawowe wiadomości, musi być przeczytana **w całości**. Każdy zaś rozdział należy przeczytać przynajmniej kilkakrotnie, wówczas dopiero zawarty w nim materiał zostanie naprawdę (mam przynajmniej taką nadzieję) całkowicie przyswojony.

Na koniec jeszcze jedna uwaga: zgodnie z zasadami tzw. szkoły wiedeńskiej, stworzonej przez mojego wielkiego Nauczyciela, prof. dra med. Johannesesa Bischofa zwanego „papieżem akupunktury europejskiej”, którego uczniem miałem zaszczyt i prawdziwą przyjemność być w roku 1976, w książce tej nie posługuję się nazwami i określeniami chińskimi, a wyłącznie terminologią polską (opracowaną przede wszystkim przez prof. Zbigniewa Garnuszewskiego i dra Mieczysława Szcześniewskiego) oraz międzynarodowym systemem liczbowego zapisu punktów.

Jak Państwo już wiecie, książka jest przeznaczona głównie dla osób bez fachowego przygotowania medycznego, dlatego też wprowadzanie terminologii międzynarodowej, zwłaszcza zaś chińskiej, uważam stanowczo za niepotrzebne obciążanie pamięci. Jeśli akurat ta problematyka kogoś interesuje, lubi uczyć się obcych terminów itp. – proszę bardzo, może znaleźć te wiadomości w wielu dostępnych na polskim rynku pozycjach, z których najważniejsze zamieściłem w znajdujące się na końcu bibliografii.

A teraz zapraszam Państwa do zaznajomienia się z tą tak interesującą, zaś w naszym kraju wciąż jeszcze zbyt mało znaną, metodą leczniczą.

Autor

Teoretyczne podstawy tradycyjnego masażu chińskiego TUI-NA

- ☯ Teoria przeciwstawnych sił Yang i Yin
- ☯ Energia Qi i jej 3 źródła
- ☯ Pojęcia: punkt akupunkturowy, meridian klasyczny
i ścięgno-mięśniowy współczesnego naukowego punktu widzenia
- ☯ Teoria pięciu elementów
- ☯ Metody diagnozowania

Tradycyjny masaż chiński TUI-NA należy do olbrzymiego oceanu tradycyjnej medycyny chińskiej (TMC), systemu, który w ciągu ponad trzech tysięcy lat swego istnienia udowodnił zarówno swą przydatność empiryczną, jak i słuszność większości podstawowych założeń teoretycznych. Zaznajamiając się z tym mało znanym Europejczykowi obszarem, czujemy się po trosze jak odkrywcy nieznanymi krain, w których życie płynęło (a w gruncie rzeczy i w dalszym ciągu płynie) swoim własnym torem.

Intensywne badania naukowe, prowadzone od wielu lat zarówno w samych Chinach, jak i na całym prawie świecie, dostarczają niemalże co dzień kolejnych dowodów na dalekowzroczność i mistrzostwo zawodowe starożytnych chińskich lekarzy i farmaceutów oraz na skuteczność stosowanych przez nich metod. Badania prastarych receptur ziołowych pozwalają na tworzenie nowych, we współczesny sposób standaryzowanych środków leczniczych, których działania uboczne są niejednokrotnie znacznie słabsze niż nowoczesnych produktów syntezy chemicznej, przy absolutnie równorzędnym, a niekiedy wręcz efektywniejszym działaniu.

Dotyczy to całej grupy bazujących na tych samych założeniach teoretyczno-filozoficznych metod niefarmaceutycznych, do których zaliczamy przede wszystkim akupunkturę wraz z akupresurą (a obecnie również elektro- i laseropunkturę), moksę (przygrzewania i przyżegania), terapię bańkami opartą na zupełnie innych niż w Europie zasadach oraz interesujący nas w tym momencie masaż chiński.

Jak to się jednak wszystko zaczęło? Początki medycyny chińskiej są w zupełnie oczywisty sposób związane jak najściślej z przyrodą kraju, w którym powstała.

Okolice na północy Chin były, a w pewnym stopniu i do dziś są, stosunkowo puste, niezbyt nadające się do upraw, częściowo zaś wręcz pustynne. Było zatem rzeczą zupełnie naturalną, że ich pierwotni mieszkańcy w przypadku zachorowania nie szukali pomocy w ziołach, którymi praktycznie nie dysponowali, a stosowali raczej metody, które dziś określilibyśmy jako początki fizykoterapii i chirurgii: ropiejące rany otwierali ostrymi odpryskami kamieni i muszli, bolesne miejsca rozcierali ręką, a być może stosowali też okłady z rozgrzanych słońcem kamieni i piasku. Z czasem ten „arsenał leczniczy” rozwinęły i wzbogaciły przygrzewania oraz przypalania zwiniętymi kulkami wyschniętych liści popularnego zielska – bylicy (*Artemisia vulg.*) oraz nakłuwania pewnych, znanych z doświadczenia miejsc, kamiennymi, a później metalowymi igłami. W drodze wieloletniej obserwacji pierwsi medycy poznali najpierw dziesiątki, później zaś setki punktów, których nakłucie mogło wywołać z góry przewidywalne, a zatem i powtarzalne efekty lecznicze. W ten sposób powstawały pierwsze receptury punktowe. Okolice te sprzyjały także (znamy to z wszystkich religii) rozwojowi metafizyki, będącej niewątpliwym prądródłem psychoterapii, a także (co jednak jest już zupełnie osobnym zagadnieniem) okultyzmu i magii (o czym wiemy chociażby ze wspomnień Marco Polo opisujących m.in. działalność „nadwornych psychokinetyków”, mających jakoby przesuwac siłą woli dzbany z napojami na stole cesarskim).

Południowe krainy Chin poszły inną drogą, bo też i sytuacja była tam inna. Obfita wegetacja roślinna związana przede wszystkim z podzwrotnikową dżunglą, w sposób oczywisty kierowała cierpiących do poszukiwania licznych roślin mających działanie lecznicze. Wieloletnie obserwacje i doświadczenia spowodowały stopniowe poznawanie ich właściwości i stosowanie w praktyce leczniczej, zaś w ten sposób tworzyły się podwaliny farmakologii. Tradycyjna medycyna chińska posługiwała się zarówno surowcami roślinnymi, jak i zwierzęcymi (czyni to zresztą do dziś), a także mineralnymi. Szczególne miejsce zajmowały w niej niezwykle bogate w łatwo przyswajalne mikroelementy i składniki organiczne kopalne kości znajdujących w różnych miejscach „smoków”, czyli wymarłych przed milionami lat zwierząt. Współcześni naukowcy, analizując skład i działanie tych starych receptur, stwierdzili niejednokrotnie, że są one prawdziwą kopalnią możliwości dla farmakologii współczesnej (że wspomnimy chociażby o królu roślin leczniczych – żeń-szeniu). Nie dziwi w związku z tym wielka popularność na Zachodzie, a także i u nas chińskich preparatów ziołowych, produkowanych tam zupełnie oficjalnie i posiadających chińskie atesty, niestety w naszym kraju niedopuszczonych do obrotu.

Tak zatem na północy Chin powstały zaczątki chirurgii i fizjoterapii, na południu zaś farmacji. Obydwie te gałęzie egzystowały z początku niezależnie od siebie. W miarę jednak rozszerzania się cesarstwa chińskiego i unifikacji podbitych prowincji, szczególnie zaś w okresie panowania dynastii Han (II w. p.n.e. do II w. n.e.) stopiły się one ze sobą, czemu prawdopodobnie sprzyjał zunifikowany podówczas, unikalny w skali świata system medycyny wojskowej.

W tym też okresie ustalone zostały ostatecznie ówczesne zasady kształcenia i pracy lekarzy. Wymagano od nich znajomości wszystkich podstawowych dziedzin: diagnostyki z pulsu i oględzin ciała pacjenta, ziołolecznictwa, chirurgii (choć ta akurat dyscyplina nie była zbyt poważana poza medycyną polową) oraz akupunktury wraz z technikami pochodnymi i masażu. Wielusetletnia praktyka doprowadziła też do powstania systemu leczniczego różniącego się znacznie od obowiązującego w Europie. Podczas gdy w świecie zachodnim medycyna nastawiała się na leczenie istniejących już chorób, podstawą filozofii leczniczej Wschodu było utrzymanie człowieka w jak najlepszym stanie zdrowia i niedopuszczenie do powstania schorzenia. Była to zatem profilaktyka w najlepszym tego słowa znaczeniu.

Nic zatem dziwnego, że w czasie, gdy lekarze europejscy stosowali masowo środki drastyczne, jak przypalania, masywne krwiopusty i silnie działające, niemalże trujące leki, Chińczycy prawie od zarania swych dziejów znali i cenili takie zabiegi zapobiegawcze i rehabilitacyjne, jak dieta, gimnastyka oraz ćwiczenia oddechowe.

Wyrazem tej filozofii był także panujący przynajmniej w wyższych sferach zwyczaj, że lekarza opłacano jedynie, gdy jego potencjalny pacjent był zdrowy, natomiast po zachorowaniu wynagrodzenie było wstrzymywane. W niektórych okolicach zwyczajem było, że po śmierci pacjenta lekarz musiał umieścić na pewien czas przed swoją bramą żółty lampion... Inna sprawa, że większa ilość takich lampionów, wydawałoby się wbrew elementarnej logice, powodowała ponoć napływ pacjentów! Działo się to prawdopodobnie w oparciu o następujący tok myślenia: dużo lampionów oznacza, że lekarz ma dużo pacjentów, więc chyba jednak jest pomimo wszystko dobry... To oczywiście raczej anegdota, prawdą jest natomiast, że już wówczas istnieli opłacani w Chinach przez właściwe władze lekarze miejscy opiekujący się biedotą oraz kontrolujący przestrzeganie zasad higieny publicznej (np. na targowiskach) i zapobiegający powstawaniu epidemii, których też w Chinach było znacznie mniej niż w ówczesnej Europie, a których skutki były, rzecz jasna, w każdym aspekcie dużo większe niż wynagrodzenie kilkunastu lekarzy.

Chińska filozofia lecznicza od samego początku widziała człowieka jako nierozłączną część przyrody. Zgodnie z nią wszystkie zjawiska zachodzące w człowie-

ku nie były niczym innym, jak tylko odbiciem zjawisk i procesów zachodzących w otaczającym go świecie. W leczeniu uwzględniane były zatem wszystkie rytmy biologiczne: dzień i noc, fazy Księżyca, miesiąc księżycowy, pory roku i upływ lat. Zaobserwowano także przeciwstawne elementy – Słońce jako dawcę energii oraz Ziemię jako jej odbiorcę.

Obserwacje te były prawdopodobnie pierwszym źródłem teorii dwóch przeciwstawnych sił kosmicznych:

- **Yang** – siły dośrodkowej przybywającej z kosmosu, symbolizującej pierwiastek czynny męski (a także wiele innych elementów – dzień, koncentrację, wysiłek fizyczny, czas, kolor czerwony itd.);
- **Yin** – siły odśrodkowej powstającej na skutek rotacji Ziemi wokół własnej osi, ukierunkowanej w stronę kosmosu, symbolizującej pierwiastek żeński (a także np. noc, rozproszenie, wysiłek umysłowy, przestrzeń, kolor zielony itp.).

Chińscy filozofowie-przyrodnicy szybko zauważyli, że siły te są jednak komplementarne, że wzajemnie się uzupełniają, a w organizmie muszą pozostawać w stanie równowagi. Zachwianie tej równowagi w skali makro prowadzić miało do katastrof: powodzi, huraganów, trzęsień ziemi, w skali jednostki zaś manifestowało się chorobą. Przyczyną wszelkich chorób (poza urazami) w myśl tych założeń nie było zatem nic innego, jak tylko i wyłącznie naruszenie rytmów naturalnych oraz równowagi Yang i Yin, zadaniem zaś lekarza było przywrócenie tej równowagi.

O ile zatem medycyna europejska długo jeszcze traktowała każdy niemalże narząd osobno (ba, poniekąd czyni to po dziś dzień), lekarze chińscy zawsze brali pod uwagę organizm jako całość, zwłaszcza w sensie energetycznym, w medycynie europejskiej z kolei praktycznie po dziś dzień ignorowanym. Kiedy jednak obserwujemy na całym świecie popierany zresztą przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (WHO) renesans zainteresowania medycyną ludową, a zwłaszcza terapiami Wschodu, kiedy tak wielką, narastającą popularnością cieszy się medycyna holistyczna, czyli całościowa, możemy powiedzieć: *Nihil novi sub Sole* – nic nowego pod słońcem, lekarze chińscy wiedzieli o tym już przed ponad 2 tysiącami lat...

Wspominałem tu o medycynie chińskiej jako o zajmującej się w dużym stopniu tym, co dziś określilibyśmy mianem *bioenergetyki* – chociaż słowo to jest aktualnie używane w innych znaczeniach, głównie w inżynierii biologicznej i psychoterapii. Musimy zatem przede wszystkim przyjrzeć się bliżej zjawisku najważniejszemu w filozofii medycznej Wschodu, jakim jest pojęcie *energii życiowej* – **Qi**. Bez jego bowiem zrozumienia nie mamy możliwości przyswojenia sobie całej teorii akupunktury, na której bazuje przecież, jak

już wiemy, cały system medycyny chińskiej, a zatem i interesujący nas w tym momencie masaż.

Energia Qi jest wszechobecna i nie ma bez niej życia

Ten aksjomat, dla Europejczyka przynajmniej do niedawna nieco wątpliwy, dla całego Wschodu jest czymś oczywistym, jasnym, zrozumiałym i nie podlegającym dyskusji (także zresztą i wielcy filozofowie starożytnej Europy – Hipokrates i Pitagoras wierzyli w istnienie uzdrawiającej energii, o jej stosowaniu mówili również bliżsi nam czasowo np. von E.S. von Reichenbach, Edgar Cayce, a nawet twórca nowoczesnego kręgarstwa David D. Palmer).

Qi występuje wszędzie: zarówno w materiiżywionej, a zatem roślinach, zwierzętach i ludziach, jak i w minerałach, a zwłaszcza w „byłych” roślinach i zwierzętach – skamielinach, oraz np. węgla czy też ropy naftowej. Różna jest jedynie jej intensywność i stopień aktywności. Kiedy np. we właściwy sposób (to ważne!) spożywamy aktywny biologicznie pokarm, zawarta w nim energia Qi przechodzi do naszego organizmu. Kieruje ona wszystkimi funkcjami i jest swoistą siłą napędową wszystkich procesów życiowych. Nie można wykluczyć, że radiesteci – ludzie wrażliwi na różnego rodzaju promieniowania, w gruncie rzeczy odbierają różne formy i przejawy oddziaływania tej właśnie wszechobecnej energii. Każda komórka i każdy narząd mają zatem swój mniejszy lub większy potencjał Qi. Zarówno w organizmie ludzkim, jak i zwierzęcym krążenie tej energii jest uporządkowane i odbywa się w ruchu ciągłym przede wszystkim wzdłuż określonych topograficznie kanałów, zwanych meridianami, czyli południkami (zapewne dlatego, że zlokalizowane są wzdłuż ciała). Krążenie Qi rozpoczyna się w sercu i tam też się kończy – po przebiegnięciu w rytmie dobowym przez wszystkie tkanki. Od poziomu Qi w narządach zależy ich stan zdrowotny.

Skąd jednak energia ta się bierze?

Według tradycyjnych źródeł – a innych do chwili obecnej właściwie nie posiadamy, jako że istnienie Qi wciąż jeszcze wymyka się dzisiejszym metodom badawczym (choć w ostatnich latach poczyniono i w tym kierunku istotne postępy), istnieją trzy podstawowe jej źródła. Tzw. **Qi źródłowe**, czyli wrodzone, przekazywane jest dziecku w chwili poczęcia. Nieprzypadkowo w większości krajów Wschodu (zresztą nie tylko) wiek dziecka liczy się od tej właśnie chwili, nie zaś od momentu narodzin. Na marginesie dodać tu można, że i my, w krajach Zachodu, w pewnym przynajmniej sensie przychylamy do takiego poglądu, przyjmując coraz szerzej ochronę prawną dziecka w okresie płodowym.

Qi źródłowe jest odpowiedzialne głównie za przekazywanie dziedzicznych cech konstytucjonalnych, wiąże się zaś tradycyjnie (o czym jeszcze będzie mowa) z meridianem nerek.

Z powietrza oddechowego i pokarmów pochodzi tzw. **Qi nabyte**. Zasila ono wszystkie narządy wewnętrzne, jest także odpowiedzialne za procesy fizjologiczne przebiegające w człowieku. Przydatność pożywienia w rozumieniu energetycznym zależy zatem właśnie od ilości zawartego w nim Qi, gdyby zaś było ono energii tej pozbawione, co ma miejsce przede wszystkim w procesie obróbki termicznej (gotowanie) i mechanicznej (rozgniatanie, siekanie itp.) – organizm nie wyniosłby z jedzenia żadnego pożytku. Z tego też względu, być może, Chińczycy od zarania dziejów preferowali surowe pożywienie roślinne i nabiał, według omawianej teorii szczególnie bogate w energię. Niewątpliwie ciekawe jest tu spostrzeżenie, że według najnowszych badań w zakresie współczesnej diety i fizjologii odżywiania, jest tak w istocie – im wyższy stopień przetworzenia pokarmu, tym mniejszy z niego pożytek zarówno w sensie biochemicznym, jak i bioenergetycznym. Dodać tu należałoby, że dokładne i sumienne żucie pokarmów (zwłaszcza roślinnych) poza przygotowaniem ich do dalszych procesów trawienia, powoduje uwalnianie się z nich bardzo istotnych dla naszego zdrowia potencjałów bioelektrycznych w postaci tzw. **bioplazmy**, czego stwierdzenie w znacznym stopniu zawdzięczamy badaniom światowej sławy biofizyka polskiego, ks. prof. Włodzimierza Sedlaka.

Trzecim, a z punktu widzenia tradycyjnej medycyny chińskiej równorzędnym źródłem Qi jest **energia kosmiczna**, pobierana przez skórę, o czym więcej powiemy w dalszym ciągu tego rozdziału.

Takie założenia filozoficzne miały oczywiście swoje konsekwencje praktyczne. Z pojęcia Qi źródłowego wynikały posunięcia o charakterze – powiedzielibyśmy dziś – genetycznym: mam tu na myśli troskliwy dobór małżeństw pod kątem zdrowotności ich rodzin. Tak powszechne w Europie komplikacje genetyczne wynikające z wiązania się bliskich sobie rodzin, w Chinach były znacznie rzadsze, jako że arystokracja rodowa w tym kraju miała zdecydowanie mniejsze znaczenie niż w Europie, zaś dostojeństwa były powiązane raczej z wykształceniem, w wyniku czego wyższymi urzędnikami – mandarynami zostawali niekiedy nawet ludzie może nie akurat z nizin społecznych, ale zawsze ze środowisk „genetycznie nowych”.

Rola pożywienia i jego odpowiedniego doboru była w Chinach z dawien dawna szczególnie zauważana. Specyfiką Wschodu było także docenianie, również od najdawniejszych czasów, znaczenia ćwiczeń oddechowych, w czym zresztą szczególnie celowały nie Chiny, a Indie i Tybet. Współcześnie szeroko znane są

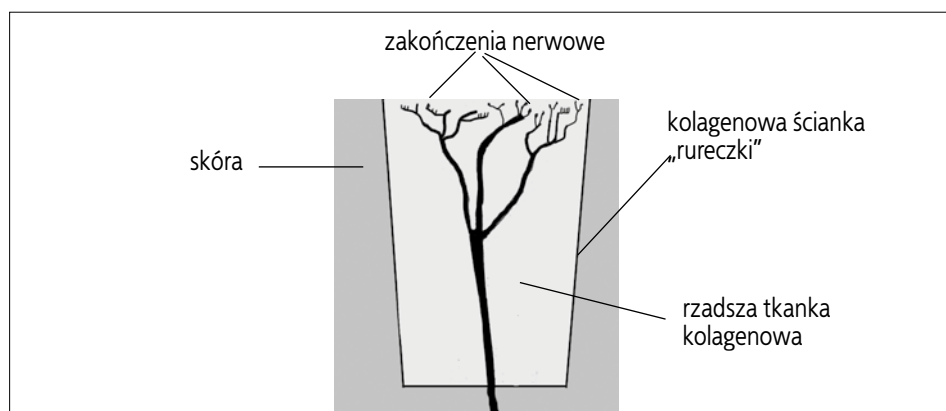
praktyki joginów i mnichów tybetańskich, potrafiących poprzez odpowiednie sterowanie oddechem i medytacją regulować przebieg podstawowych funkcji życiowych.

Dziś wiemy, że połączenie odpowiedniego, tzn. łatwo przyswajalnego pożywienia z odpowiednim jego „traktowaniem” (długotrwałe i staranne żucie) i odpowiednim natlenieniem tkanek optymalizuje procesy spalania wewnętrznego, pozwalając na uzyskanie maksymalnej ilości energii ze stosunkowo niewielkiej ilości pożywienia. Zasady te znane są wszystkim systemom medycznym Wschodu (tzn. przede wszystkim tradycyjnej medycynie chińskiej i ayurwedyjskiej, inne bowiem są w gruncie rzeczy ich pochodnymi). Także i dziś jest to chyba właściwa droga pomiędzy bezmyślnym obżeraniem się (zwłaszcza produktami mięsnymi i mącznymi), a skądinąd niezwykle skutecznymi – w wymagających tego sytuacjach – głodówkami. W myśl coraz popularniejszej dziś wywodzącej się właśnie ze Wschodu **dietetyki makrobiotycznej** spożywanie tzw. całości biologicznych, jak np. ziaren zbóż, orzechów, jajek i miodu pozwala na utrzymanie zdrowia przy znacznym zmniejszeniu ilości spożywanych pokarmów.

Konsekwencją uznawania trzeciego źródła Qi – energii kosmicznej – jest **akupunktura**. Medycyna chińska uważała (i czyni to zresztą do dziś), że organizm ludzki jest w stanie bezpośrednio przyswajać i przetwarzać energię kosmiczną, zaś organem do tego przeznaczonym jest skóra. Ponieważ jednak ilość energii pobranej w sposób niekontrolowany mogłaby być zbyt duża, a przez to szkodliwa dla organizmu, w skórze wytworzyły się specjalne narządy służące temu celowi, którymi są **punkty akupunkturowe**, pełniące rolę jak gdyby okienek przepuszczających tę energię. Są one połączone ze sobą naczyniami, które określam jako **meridiany klasyczne**, czyli zgodne z tradycyjną energetyczną teorią akupunktury, w odróżnieniu od omawianych w dalszej części książki **meridianów cudownych**, a przede wszystkim **ścięgnisto-mięśniowych**, mających zupełnie inny charakter i spełniających inną rolę. Wbicie igły w taki punkt pociąga za sobą wzmocnienie lub osłabienie (poprzez wyprowadzenie energii) jego możliwości zarówno odbiorczych, jak i nadawczych, przy czym sama igła staje się pewnego rodzaju anteną. Właśnie możliwością wspomnianego „wyprowadzania” nadmiaru energii przez punkty akupunkturowe można prawdopodobnie tłumaczyć dość spektakularne efekty leczenia akupunkturą niektórych pacjentów, cierpiących na chorobę popromienną po przeżyciu wybuchów nuklearnych w Hiroszimie i Nagasaki.

Teoria ta była konsekwentnie odrzucana przez zachodni świat medyczny nawet wtedy, gdy w latach sześćdziesiątych XX w. badania wiedeńskiego fizjologa, profesora Gottfrieda Kellnera wykazały, że w punktach akupunkturowych stwierdzić można szczególne nagromadzenie różnego typu zakończeń nerwowych,

w ilości znacznie przekraczającej odchylenie statystyczne. Teraz jednak chyba przyjdzie nauce skapitulować i pogodzić się z faktami, jako że badania przeprowadzone w końcu lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku przez prof. Hartmutha Heinego z Instytutu Anatomicznego Uniwersytetu Witten – Herdecke (Niemcy) przy użyciu najnowocześniejszej aparatury naukowej wykazały niezbicie, że punkty akupunkturowe nie tylko stanowią rzeczywiście miejsca szczególnego nagromadzenia zakończeń nerwowych, ale także okolone są jak gdyby rurką z tkanki kolagenowej, oddzielającą wyraźnie punkt od otaczającej go skóry, co czyni z nich specyficzny narząd. Punkty te rzeczywiście stanowią, zgodnie ze starą teorią akupunktury, „dziureczki” w skórze, dające się nawet zaobserwować pod mikroskopem, zarówno elektronowym, jak nawet klasycznym (oczywiście w maksymalnym powiększeniu).



Schemat budowy punktu akupunkturowego według H. Heinego

Ponieważ wewnątrz tej rurki tkanka ma mniejszą gęstość, znacznie mniejsza jest tu oporność elektryczna skóry. Zjawisko to – którego przyczyna do tej pory naukowo nie jest zresztą do końca wyjaśniona – wykorzystywane jest już od lat przy budowie *punktoskopów*, aparatów wykrywających tzw. punkty biologicznie aktywne, w tym zwłaszcza akupunkturowe.

Anatomiczne odkrycie prof. Heinego, które nie podlega już obecnie dyskusji, jest dla człowieka Zachodu niewątpliwie krokiem przybliżającym zaakceptowanie nawet przez lekarzy tradycjonalistów wyobrażenie sobie organizmu ssaków, do których w końcu należymy, jako autonomicznego systemu energetycznego.

Z badań wspomnianego już prof. W. Sedlaka wiemy o znaczeniu i roli procesów bioelektrycznych w organizmach żywych oraz o roli bioplazmy w żywym ustroju. Być może właśnie kontakt kosmosu zewnętrznego – makrokosmosu – z organizmem człowieka jako mikrokosmosem następuje rzeczywiście przez

te maleńkie „dziurki w skórze”. Potwierdziłoby to rolę człowieka jako kropli w niezmierzonym oceanie wszechświata, kropli samoistnej, ale połączonej z tym wszechświatem tysiącem niewidzialnych nici.

Punkt akupunkturowy, działając poprzez skomplikowany system mechanizmów odruchowych, może wywołać reakcję nawet w odległych narządach, stąd dobór punktów dla celów leczniczych stanowi o skuteczności wykonywanych zabiegów, umiejętność zaś takiego doboru – o klasie terapeuty. Każdy punkt odgrywa przy tym trojaką rolę. Może mianowicie działać:

1. **miejscowo**, czyli lokalnie;
2. **regionalnie** (np. na obszarze całego barku, kończyny dolnej itp.);
3. **ponadregionalnie**, tzn. najczęściej na obszarze całego ciała; odnajdziemy tu zatem np. punkty obniżające ciśnienie krwi, działające ogólnie przeciwbólowo itp.

Część punktów oprócz wymienionych form „własnego” działania odgrywa jeszcze dodatkową rolę, pełniąc określone funkcje w ramach struktury meridianu. Mamy więc punkty:

- a) **tonizujące** (pobudzające), służące wzrostowi szybkości przepływu Qi przez meridian;
- b) **sedatywne** (hamujące – uspokajające), o działaniu odwrotnym, czyli hamującym przepływ energii;
- c) **źródłowe**, mogące w zależności od sposobu stymulacji odgrywać i jedną i drugą rolę. Stosowane łącznie z punktem tonizującym lub sedatywnym wzmacniają znacznie właściwe jemu oddziaływanie;
- d) **przejęściowe** (łączące), które regulują przepływ energii pomiędzy meridianami, spełniając rolę „zaworu”, dzięki któremu nadmiar energii przepłynąć może z meridianu „przepełnionego” do „niepełnego”. Ze względu na to, że w naszej książce wymieniona jest jedynie niewielka liczba absolutnie niezbędnych punktów, z drugiej zaś strony masaż energetyczny stanowi naprawdę w tej dyscyplinie „wyższą szkołę jazdy”, punkty te zostały wprawdzie wymienione, nie omawiamy jednak techniki pracy z nimi.

Jeśli w punkt akupunkturowy zostanie wprowadzona igła lub gdy zostanie on podrażniony np. przez głęboki ucisk palcem, a zwłaszcza końcówką pałeczki do akupresury (w tkankach powstają wówczas procesy zbliżone do piezoelektrycznych, wytwarzające minimalne, tym niemniej dające się zmierzyć potencjały elektryczne), pacjent doznaje uczucia pieczenia, drętwienia lub charakterystycznego odczucia „przepływania prądu”. Zjawisko to nazywane jest **objawem De Qi** lub objawem **odbicia** i świadczy o prawidłowym, precyzyjnym trafieniu

w punkt. W przeciwieństwie jednak do akupunktury, w przypadku masażu objawy te występują nie zawsze, a jedynie przy stosowaniu niektórych technik. Przebiegają one wówczas przeważnie wzdłuż meridianu, na którym uciskany punkt się znajduje, przy czym im odczucie to jest intensywniejsze, tym lepsze są zazwyczaj wyniki leczenia. Brak objawu De Qi w przypadku masażu nie świadczy wprawdzie o nieskuteczności zabiegu, jest on jednak przeważnie mniej efektywny, co dotyczy zwłaszcza *akupresury*, czyli masażu punktowego stosowanego jako zabieg samodzielny. Przy masażu liniowo-płaszczyznowym znaczenie efektu odbicia jest niewielkie lub wręcz żadne.

O ile jednak budowa, rola i znaczenie punktów zostały w ostatnich latach naukowo dowiedzione w sposób, powiedzmy, „prawie wystarczający”, o tyle rola **meridianów** jest niewątpliwie bardziej skomplikowana, jako że w dalszym ciągu bazujemy tu głównie na „starych księgach”. Cały problem polega tu bowiem na tym, że w gruncie rzeczy jednak **nikomu** nie udało się jeszcze zbadać mechanizmu ich działania. I tu jednak mamy do czynienia z wyraźnymi postęпами:

- a) badania francuskich lekarzy, wykonane w r. 1985 pod kierownictwem doktora Jean-Claude Darras’a udowodniły (stosując nowoczesne metody obrazowania izotopowego), że meridiany istnieją i przebiegają według linii obrazowanych na starych chińskich rycinach;
- b) zespół badaczy z Instytutu Medycyny Klinicznej i Eksperymentalnej w Nowosybirsku pod kierownictwem prof. Kaznaczejewa stwierdził, że kiedy promień świetlny skierowany zostanie prostopadłe na określony obszar skóry, mała plamka świetlna (wykrywalna jedynie przy pomocy miernika fotonów) pojawia się na oddalonym o 10 cm, a niekiedy nawet więcej, nieoświetlonym miejscu. Ważne jest przy tym, że ta funkcja „światłowodowa” organizmu ludzkiego odbywa się wyłącznie wzdłuż meridianów, zaś promień może wejść do organizmu i wyjść z niego wyłącznie w punktach akupunkturowych tego samego meridianu. Jeśli źródło światła oddalone jest chociażby 4 mm od punktu, sygnał w mierniku fotonów znika natychmiast. Interesujące jest, że rozprzestrzenianie się światła zależy od jego koloru: białe, będące mieszkanką wszystkich kolorów sięga najdalej, potem idzie czerwone i niebieskie, natomiast zielone jest o wiele słabsze. To pozwala przypuszczać, że system działania meridianu przypomina światłowód optyczny, w którym, jak wiadomo, droga światła może być zakrzywiona, czy też wręcz zawiązana na węzeł, jako że promień zgodnie z prawami fizyki nie ulega wprawdzie zgięciu, ale odbija się wielokrotnie o ścianki przewodu, biegnąc poniekąd „zygzakiem”.

Według prof. Kaznaczejewa jest to najprawdopodobniej jeden z najstarszych systemów regulacyjnych, które odziedziczyliśmy po wcześniejszych etapach

ewolucji, z czasów, gdy system nerwowy był jeszcze słabo rozwinięty, czy też wręcz w ogóle nie istniał;

- c) prof. dr Ulrich Knop i dr Martina Köhler udowodnili w r. 1989, przy użyciu metod elektrofizjologicznych, że pomiędzy meridianami może mieć miejsce wymiana energii, a to za pośrednictwem znanych od dawna punktów przejściowych.

Jak zatem widzimy, w chwili obecnej możemy meridiany traktować jako zjawisko być może i wymierne, niedające się jednak chwilowo w pełni zbadać przy zastosowaniu technik naukowych, a zatem póki co w znacznym stopniu subiektywne (pewnie już niedługo).

Z drugiej strony nie da się jednak ukryć, że np. wspomniany wyżej profesor H. Heine uważa system meridianów za „ściągę”, mówiąc w jednym z wywiadów: *...wydaje mi się, że system meridianów to raczej rodzaj mapy drogowej, wymyślony po to, aby terapeutom ułatwić odnajdywanie punktów, a zatem „pomoc naukowa” opracowana przez dawnych lekarzy.*

Znamy osoby, u których możemy potwierdzić istnienie niesprecyzowanych zjawisk, które „zachowują się tak, jak gdyby były meridianami”. Z udziałem tych osób przeprowadzono szereg eksperymentów, których wyniki przedstawiają się następująco:

- przy użyciu metody tzw. **fotografii kirlianowskiej** (czyli w polu elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości), po nakłuciu określonych punktów możemy na zdjęciach zaobserwować powstającą linię świetlną (jaśniejszą od otoczenia), która przebiega wzdłuż linii uważanej za przebieg meridianu. Jest ona jednak zbyt krótka, aby można było z tego wyciągnąć jednoznaczne wnioski;
- podobny efekt uzyskujemy przy zastosowaniu nowoczesnych technik termograficznych;
- osoby szczególnie wrażliwe zauważają u siebie subiektywne odczucie jak gdyby przepływu jakiejś substancji w rurce. Przebiegi tych „rurek” są bardzo zbliżone do tradycyjnych linii przebiegu meridianów, w rzeczywistości jednak bardziej skomplikowane i poplątane (z kolei bardzo zbliżone do znanego w medycynie wedyjskiej systemu kanalików energetycznych *nadi*). Nawiasem mówiąc, nasuwa się tu pytanie, czy tradycyjne chińskie plansze topografii meridianów od samego początku (być może ze względów dydaktycznych) nie przedstawiają ich w sposób nieco uproszczony;
- wyczuwalne główne gałęzie meridianów mają szerokość pomiędzy 0,5 cm a 1,5 cm, natomiast gałązki poboczne są węższe. W pobliżu szczególnie ważnych punktów odczucie szerokości meridianu sięga nawet do 5 cm, co w przypadku masażu może mieć bardzo istotne znaczenie;

- z obu końców meridianu można poprzez drażnienie mechaniczne wywołać odczucie De Qi. Z kolei powstrzymać je można poprzez ucisk palcem na przebiegu meridianu lub wstrzyknięcie środka znieczulającego, co z kolei świadczyć może o powiązaniach między systemem meridianów a układem nerwowym. Według niektórych autorów meridiany są w dużym stopniu identyczne z unerwieniem wegetatywnym ścianek naczyń krwionośnych;
- dowiedziono, że jeżeli objaw De Qi dobiegnie wzdłuż meridianu do narządu z nim związanego, w narządzie tym wystąpić mogą określone zmiany czynnościowe, np. zwiększenie wydzielania enzymów trawiennych przy drażnieniu wybranych punktów meridianu śledziony/trzustki.

Według tradycyjnej teorii akupunktury fala energii Qi (nie mylić z objawem De Qi, pomimo podobieństwa nazwy) płynącej przez określony meridian i związane z nim narządy trwa ok. 2 godzin i w tym właśnie czasie można oddziaływać nań szczególnie efektywnie. Współczesne badania fizjologiczne i farmakologiczne wykazały, że niektóre narządy rzeczywiście działają okresowo, zgodnie z rytmem dobowym i podawanie leku nie w sposób tradycyjny (np. trzy razy dziennie), a w precyzyjnie określonych godzinach, może znacznie zmniejszyć ilość stosowanych medykamentów, nie osłabiając ich działania – co dotyczy szczególnie preparatów hormonalnych. Porównania pomiędzy chronobiologią chińską a europejską pozwalają zaobserwować wiele zastanawiających zbieżności!

I znowu możemy jedynie podziwiać wiedzę dawnych uczonych chińskich...

Jak zatem przedstawia się rytm terminów optymalnych dla poszczególnych meridianów i narządów? Wyobraźmy sobie człowieka stojącego na ziemi z rękami podniesionymi w kierunku nieba. W tym ułożeniu meridiany, których energia płynie od słońca ku ziemi, a zatem od końców palców rąk do twarzy i od twarzy do stóp, należą do układu Yang, natomiast biegnące od ziemi ku niebu, a zatem od stóp do klatki piersiowej i od klatki piersiowej do końców palców rąk – do układu Yin. Układ każdorazowo czterech powiązanych ze sobą czynnościowo meridianów (po jednym z każdej grupy) stanowi jeden obieg energetyczny.

Ponieważ w akupunkturze klasycznej znamy 12 parzystych meridianów, obiegów takich mamy trzy, w każdym z nich zaś przebieg energii trwa 8 godzin.

Do pierwszego obiegu zaliczamy następujące meridiany (dokładny ich opis znajdziemy w rozdziale II):

1. P – płuc (godz. 03-05);
2. JG – jelita grubego (05-07);
3. Z – żołądka (07-09);
4. S/T – śledziony/trzustki (09-11).

Drugi obieg składa się z meridianów:

1. S – serca (11–13);
2. JC – jelita cienkiego (13–15);
3. PM – pęcherza moczowego (15–17);
4. N – nerek (17–19).

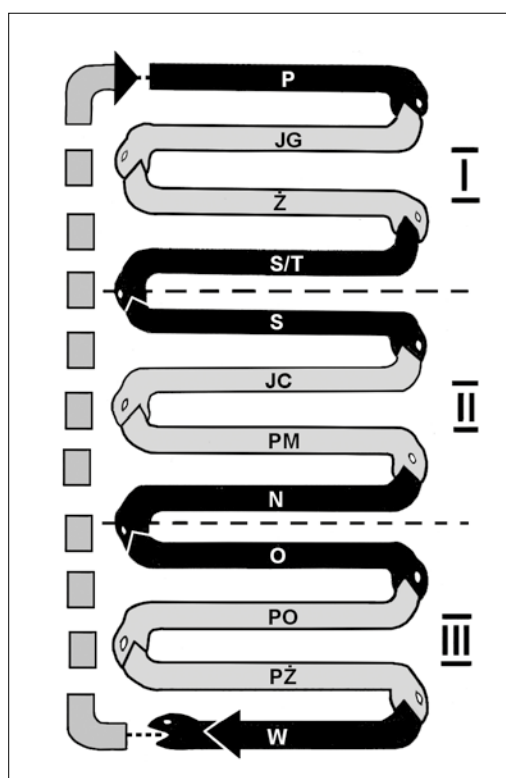
Trzeci obieg wreszcie stanowią meridiany:

1. O – osierdzia (19–21);
2. PO – potrójnego ogrzewacza (21–23);
3. PŻ – pęcherzyka żółciowego (23–01);
4. W – wątroby (01–03).

Każdy obieg energetyczny zbudowany jest z dwóch par meridianów:

I – Yin ręki $\longrightarrow$ Yang ręki

II – Yang stopy (tzw. długi Yang) $\longrightarrow$ Yin stopy.



Obieg energii w meridianach

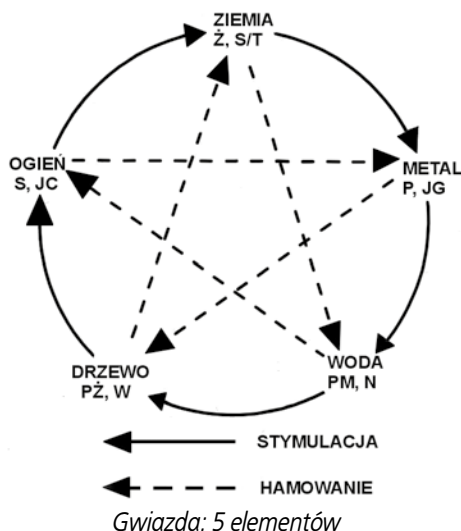
Osobne zagadnienie stanowią tzw. **meridiany ścięgnisto-mięśniowe**, które tak naprawdę nie są „prawdziwymi” meridianami. Pod tym pojęciem rozumiemy bowiem pasy ścięgien i mięśni połączonych ze sobą w miejscach przyczepów, leżących pod meridianami klasycznymi (tzw. podłoże), chociaż w niektórych przypadkach ich drogi się rozchodzą. Pozwalają one w jednoznaczny anatomicznie sposób określić drogę meridianu klasycznego, z drugiej zaś strony wzmacniają oddziaływanie na punkty leżące na tym meridianie. Ważne jest, że biegną one zawsze **w kierunku do centrum ciała** (a zatem dla połowy meridianów klasycznych niezgodnie z przepływem w nich energii), co jest zgodne z współczesnymi zasadami fizjologii i dobrze (znowu!) świadczy o darze obserwacji dawnych medyków. Masaż od środka ciała ku peryferiom mógłby doprowadzić bowiem, jak dziś wiemy, do poważnych zaburzeń ze strony układu krwionośnego. O ile bowiem nakłuwanie punktów lub ich punktowy ucisk nie narusza przepływu krwi, to masaż oddziałujący na całe płaszczyzny przepływ ten mógłby zakłócić, prowadząc do obrzęków, zastojów itp. W tym zakresie akurat poglądy teorii masażu klasycznego i chińskiego są zgodne!

Prawdopodobnie na podstawie nauki o układzie Yang/Yin powstała tzw. **teoria pięciu elementów**. Dawni lekarze-filozofowie, obserwując przyrodę zauważyli cykliczność przemian i ich powiązanie z życiem ludzkim. Przedstawili je zatem jako wzajemne przeplatanie się różnych stanów, którym na drodze naukowego rozumowania przyporządkowali 5 występujących w przyrodzie elementów (podobne formy przyporządkowania znały i starożytne filozofie europejskie), a także odpowiednie meridiany, kierunki geograficzne, zachowania ludzkie itp.:

- **Drzewo:** wiosna, początek dnia wschód (kierunek geogr.), wzrost (rozwój), meridiany wątroby i pęcherzyka żółciowego, początek wzrostu dobowej energii Yin, uczucie gniewu;
- **Ogień:** lato, przedpołudnie, ciepło, kierunek południowy, rozwój energii Yang, meridiany serca i jelita cienkiego, uczucie radości;
- **Ziemia:** późne lato, popołudnie, kierunek południowo – zachodni, słabnięcie energii Yang, meridiany śledziony/trzustki i żołądka, rozmyślanie;
- **Metal:** jesień, wieczór, kierunek zachodni, wzrost energii Yin, meridiany płuc i jelita grubego, smutek;
- **Woda:** zima, okres stagnacji, kierunek północny, Yin przewyższa Yang, meridiany nerek i pęcherza moczowego, strach.

W ten sposób powstał krąg energetyczny przedstawiony na ilustracji.

Układ elementów w tym kręgu decyduje o wzajemnych stosunkach pomiędzy nimi. Ze stosunków tych wynikają dwie możliwości wzajemnego oddziaływania



(dokładniej mówiąc trzy, ale ta trzecia wymaga naprawdę dużych umiejętności i dlatego pomijam jej omówienie). Pierwszą z nich jest stymulacja, czyli wzmocnienie, drugą zahamowanie, czyli osłabienie. W przypadkach meridianów należących do różnych elementów możemy mieć do czynienia z następującymi sytuacjami:

- **„Choroba matki pociąga za sobą chorobę syna”**. Na przykład zaburzenie w meridianie należącym do elementu ziemi pociąga za sobą zakłócenie meridianu należącego do elementu metalu. Ziemia jest „matką” metalu, ponieważ **poprzedza** go w kręgu. Przykładem mogą być meridiany śledziony/trzustki („matka”) i płuc („syn”).
- **„Choroba syna wpływa na matkę”**. Przykładowo – zaburzenie w meridianie należącym do elementu wody (np. meridian nerek) pociąga za sobą zakłócenia w meridianie płuc należącym do elementu metalu. Woda jest „synem” metalu.

Obydwie omówione sytuacje są przykładami **stymulacji**, ponieważ elementy występują w układzie „matka – syn”, czyli sąsiadują ze sobą w kręgu.

Przykładem **hamowania** będzie np. wpływ meridianu jelita grubego (metal) na meridian wątroby (drzewo) – mamy tu do czynienia z przejściem po cięciwie kręgu.

Leczenie w takich przypadkach kierować się musi następującymi zasadami:

- **„Wypełnić puste, opróżnić pełne”**, czyli osłabiony energetycznie meridian należy wzmocnić, natomiast „przepełniony” osłabić;

- „**Przy pustce meridianu wzmocnić matkę**” – w przypadku osłabienia energetycznego meridianu należy wzmocnić parę meridianów należącą do elementu poprzedzającego w kręgu;
- „**Przy przepełnieniu meridianu osłabić syna**” – przy nadczynności energetycznej meridianu należy osłabić meridiany należące do następnego elementu w kręgu.

Jak zobaczymy w następnych rozdziałach, tego typu działania są bardzo skuteczne, a jednocześnie zupełnie proste technicznie.

Chińska sztuka lekarska dzieli organy wewnętrzne na dwie podstawowe grupy.

Pierwszą w nich stanowią tzw. **narządy pełne (ZANG)**, do których zaliczamy serce, wątrobę, śledzionę i trzustkę, nerki, płuca i osierdzie.

Są to narządy mięszone, których zadaniem jest przede wszystkim produkcja i magazynowanie płynów ustrojowych i substancji zawierających energię Qi.

Wszystkie narządy Zang należą do układu Yin.

Druga grupa to tzw. **narządy puste (FU)**, do których zaliczamy jelito grube i cienkie, żołądek, pęcherzyk żółciowy i pęcherz moczowy. Do grupy tej dolicza się również niezwiązany z żadnym narządem meridian potrójnego ogrzewacza, sterujący czynnościami trzech jam ciała: klatki piersiowej, nadbrzusza i podbrzusza.

Głównym zadaniem tej grupy jest przyswajanie (asymilacja) i trawienie pożywienia oraz transport i wydalanie z organizmu produktów przemiany materii.

Cała grupa Fu należy do układu Yang.

Wzajemne stosunki pomiędzy narządami, jak też stosunki pomiędzy układami energetycznymi Yin i Yang mają decydujące znaczenie dla zdrowia człowieka. Przy istniejącej pełnej równowadze pomiędzy nimi możemy mówić o pozostawianiu w stanie pełnego zdrowia, kiedy jednak jeden z układów zaczyna dominować nad drugim, mamy do czynienia ze stanem chorobowym.

Jak możemy rozpoznać przewagę jednego z czynników?

Według zasad medycyny chińskiej, podstawową metodą diagnostyczną jest tu badanie pulsu – sztuka trudna i wymagająca ciągłego doskonalenia się, którą w zarysie omówimy w dalszym ciągu książki. Istnieją jednak pewne objawy, na których oprzeć możemy wstępne rozpoznanie.

Osoba, u której występuje **nadmiar czynnika Yin**, ma zwykle charakterystyczny wygląd i zachowanie. Typ ten określamy współcześnie jako wagotonik. Błada i zimna skóra, wiotkie mięśnie, luźne tkanki pozbawione naturalnej

sprężystości i jędrności, twarz bez wyrazu, przygaszone spojrzenie, powolna, cicha mowa i leniwa gestykulacja wskazują na ogólny brak energii. Osoba taka łatwo się męczy, jest stale senna, wykazuje też małą odporność na choroby, które przebiegają u niej w sposób zdecydowanie przewlekły. Ciało często pokrywa się zimnym potem. Obserwujemy też obrzęki zastoinowe, zwłaszcza na kończynach dolnych, co świadczyć może o niewydolności układu krążenia. Wagotonik ma przeważnie obniżone ciśnienie tętnicze krwi, jak również obniżoną przemianę materii.

W badaniu takich osób możemy zastosować niezwykle uproszczony, niekiedy jednak bardzo przydatny sprawdzian: jeśli wartość tętna w spoczynku pomnożymy przez różnicę pomiędzy ciśnieniem skurczowym a rozkurczowym, uzyskamy liczbę, która jeśli jest niższa od 1500, świadczy o obniżonym poziomie podstawowej przemiany materii, natomiast powyżej 3000 o podwyższonym. Badając tętno na obydwóch rękach zauważamy, że **na lewym przegubie jest ono silniejsze niż na prawym**. Kobiety cierpiące na nadmiar Yin uskarżają się także na nieregularne i skąpe miesiączki.

Zupełnie inny obraz obserwujemy u osób, u których występuje **nadmiar czynnika Yang**, a które określamy dziś mianem sympatykotoników. Są oni „naładowani energią” i sprawiają wrażenie, że tryskają wprost zdrowiem. Ciepła, sucha skóra (w przypadku choroby ciepłe poty), sprężyste, dobrze napięte mięśnie, jędrne tkanki, energiczna, pełna wyrazu twarz, pewny, wyrazisty głos połączony z bogatą gestykulacją, wskazują na dużą odporność fizyczną i psychiczną – zarówno z punktu widzenia wrażliwości na choroby, jak i na trudy czy wysiłki. Są to osoby wrażliwe intelektualnie i uczuciowo, podbudowane emocjonalnie, czasem o charakterze wręcz nerwicowym (nadmierny dermografizm, czyli reakcja skóry na np. przesunięcie po niej paznokciem), często wręcz w stanie nadmiernego pobudzenia ruchowego. Występuje u nich często bezsenność połączona z natłokiem myśli, pobudzeniem psychicznym, a także (zwłaszcza w nocy) kurczami mięśni. Ponieważ śpią krótko a „intensywnie”, uważają, że ten krótki sen w pełni im wystarcza. Chorują krótko a burzliwie, często z wysoką gorączką, choroba przeważnie trwa jednak niedługo, ponieważ silny i odporny organizm daje sobie dość łatwo radę z atakiem czynników chorobotwórczych. W badaniu laboratoryjnym stwierdzamy przeważnie doskonały wręcz obraz krwi. Osoby te jednak dość często cierpią na nadciśnienie tętnicze, zaś **tętno na przegubie prawym jest silniejsze niż na lewym**. Wspomniany wyżej uproszczony pomiar podstawowej przemiany materii wykazuje wartość powyżej 3000. Kobiety należące do tej grupy często cierpią na silne, obfite i bolesne miesiączki, poza tym nie wykazują żadnych objawów chorobowych.

Ten obraz pozornie doskonałego zdrowia jest jednak mylący, ponieważ nadmiar energii Yang może być równie szkodliwy co nadmiar Yin. Sympatykotonicy często ulegają zawałom mięśnia sercowego, wylewom krwi do mózgu i innym chorobom związanym z nadmierną aktywnością. W dawnych czasach ludziom takim profilaktycznie upuszczano krwi, co wbrew pozorom wcale nie było zabobonem ani błędem lekarskim, ponieważ już wtedy zaobserwowano związek pomiędzy omówionymi cechami psychofizycznymi a apopleksją (czyli wylewem krwi do mózgu), która wykańczała w szybkim tempie tych pozornie zdrowych i pełnych życia ludzi. Dziś wielu lekarzy zaleca takim osobom regularne oddawanie krwi w stacjach krwiodawstwa.

W ramach patologii systemu Yang–Yin wyróżnić możemy poza podanymi powyżej objawami trzy charakterystyczne zespoły:

1. Zespół „niedobór–nadmiar Yang”

Przy objawach **niedoboru Yang** stwierdzamy przeważnie słabą budowę, schorzenia mają charakter przewlekły, również tętno jest stosunkowo słabo wyczuwalne, pacjent często się poci – nawet, gdy nie jest chory. Niedoboru czynnika Yang nie należy jednak mylić z **nadmiarem Yin**.

Przy objawach **nadmiaru Yang** pacjent charakteryzuje się budową mocną, często wręcz krępa, choroba ma przeważnie charakter ostry i krótki, tętno jest dobrze wypełnione, zaś powłoki ciała (skóra) są suche. Zespół ten kojarzy się łatwo z poprzednimi objawami, wiemy zaś już czym to może grozić...

2. Zespół „zimno–gorąco”

Objawami „zimna” są:

- brak pragnienia;
- skłonność do spożywania ciepłego pożywienia;
- biała twarz i zimne kończyny;
- powolne tętno;
- biały nalot na języku.

Typowe dla tego zespołu są również rozwolnienia w połączeniu z oddawaniem obfitego, pianistego moczu. Charakterystycznym objawem jest, że chorzy stale marzną, przy czym jednak przeważnie odmawiają picia gorących napojów tłumacząc, że wcale nie jest im po wypiciu cieplej, natomiast bardzo się pocą (co zresztą odpowiada obiektywnemu stanowi faktycznemu). Dawanie w takim przypadku „na poty” może, wbrew ogólnemu przekonaniu, pogorszyć i tak już zły stan zdrowia. Proces odtrucia u omawianych osób przebiega bowiem drogą nie przez w pewnym sensie zablokowaną skórę, a głównie przez nerki i jelita.

Objawami **ciepła** z kolei są:

- ciągłe pragnienie;
- preferowanie zimnych pokarmów i napojów;
- przekrwiona, czerwona twarz;
- gorące kończyny;
- przyspieszone tętno;
- żółty nalot na języku.

Do tych objawów dołączają się często zaparcia oraz mocz skąpy i ciemny pomimo obfitego picia chłodnych napojów. Chorych trudno utrzymać w łóżku, często się odkrywają twierdząc, że przynosi im to ulgę. Proces oczyszczania i odtruwania przez jelita i nerki u takich osób jest zahamowany i można, a nawet należy wspomóc go przez podanie środków napotnych (oczyszczanie przez skórę) oraz przeczyszczających i lewatyw. Należy tu dodać, że tak popularne w Średniowieczu i Odrodzeniu lecznicze lewatywy miały niewątpliwie często swe uzasadnienie i przetrwały w niektórych postaciach nawet do XX wieku (np. lewatywa z rozartych żółtek z cukrem i koniakiem, co sam pamiętam), jako prymitywna forma odżywiania pozajelitowego.

Średniowieczni lekarze, podając leki tą drogą popadali jednak często w przesadę (patrz np. komedie Moliera), na czym zdecydowanie najgorzej wychodził pacjent...

3. Zespół „zewewnętrzny–wewnętrzny”

Przy zespole **wewnętrznym** mamy często do czynienia z wysoką gorączką bez dreszczy, stanem niepokoju ruchowego, pragnieniem, wymiotami, zaburzeniami trawienia w postaci bądź zaparć, bądź też rozwolnień oraz bólami brzucha. Mamy tu zatem na myśli wewnętrzność w rozumieniu wewnętrznych **przyczyn** choroby (nie zaś objawów!), jakimi mogą być np. zaburzenia żołądkowe.

Przy zespole **zewewnętrznym** gorączka jest z reguły połączona z dreszczami, występuje niedrożność nosa oraz charakterystyczne, łamiące bóle. Przez „zewewnętrzność” rozumieć tu zatem będziemy przyczyny zewnętrzne, jak np. infekcję.

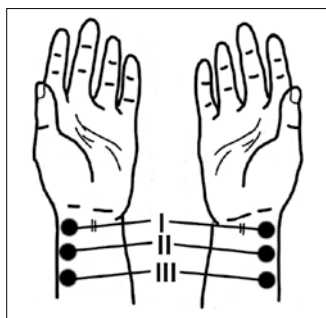
Wszystkie wymienione zespoły mogą się ze sobą w różny sposób łączyć i ocena stanu zdrowia na tej tylko podstawie wymaga dużej ostrożności, przede wszystkim zaś równie dużego doświadczenia. Jak jednak widzimy, analizując sam tylko **wygląd** pacjenta, jego **zachowanie** i **reakcje**, możemy wysnuć wiele cennych wniosków diagnostycznych, istotnych dla postawienia ostatecznego rozpoznania.

Elementy Yang i Yin, teoria pięciu elementów oraz poznane na końcu trzy zespoły objawowe stanowią oczywiście jedną z podstaw diagnostyki wschodniej, nie są jednak najważniejsze i do nich się ona, rzecz prosta, nie ogranicza.

W diagnostyce tradycyjnej medycyny chińskiej niezwykle istotną rolę odgrywa **badanie pulsu** oraz **ogłądanie języka**. Pierwsze z nich pozwala stosunkowo precyzyjnie, aczkolwiek subiektywnie, określić **stan energetyczny** systemu meridianów i ich wzajemnej równowagi, drugie natomiast, w połączeniu z analizą wyglądu pacjenta pozwala na **ogólną ocenę** stanu poszczególnych **organów**.

Badanie **pulsu** (nie należy mylić go z pomiarem **tętna**), stanowiące, w pewnym przynajmniej stopniu, podstawową technikę diagnostyczną w tradycyjnej medycynie chińskiej, jest sztuką bardzo trudną, wymagającą długotrwałego szkolenia zarówno teoretycznego, jak i praktycznego pod okiem doświadczonego nauczyciela oraz bezustannych ćwiczeń. Mówiąc pokrótce, pozwala ono na (subiektywne co prawda, jednak niezwykle niekiedy efektywne) określenie stanu energetycznego organizmu, co z kolei stanowi podstawę nie tylko terapii energetycznej, jaką jest np. akupunktura, ale także i tradycyjnej chińskiej farmakologii.

W tym celu znajdujemy leżące obok siebie trzy pozycje na tętnicach promieniowych obydwóch rąk, przy czym każda z tych pozycji analizowana jest na dwóch poziomach: powierzchniowym i głębokim. Łącznie daje to 12 pozycji odzwierciedlających stan 12 meridianów:



Lewa tętnica promieniowa

Pozycja	Na powierzchni	W głębi
I	Meridian jelita cienkiego	Meridian serca
II	Meridian pęcherzyka żółciowego	Meridian wątroby
III	Meridian pęcherza moczowego	Meridian nerek

Prawa tętnica promieniowa

Pozycja	Na powierzchni	W głębi
I	Meridian jelita grubego	Meridian płuc
II	Meridian żołądka	Meridian śledziony/trzustki
III	Meridian potrójnego ogrzewacza	Meridian osierdza

Poniżej przedstawione zostały schematy najczęściej spotykanych pulsów. Podkreślić należy, że w każdej z 3 pozycji badania na każdej ręce i na każdej z dwóch głębokości (czyli dla każdego meridianu osobno) puls może być różny, a właśnie umiejętność interpretacji tych różnic stanowi o klasie diagnostyka.

1. Puls normalny



2. Puls szybki



3. Puls powolny



4. Puls powierzchowny



5. Puls głęboki



6. Puls gładki



7. Puls chropowaty



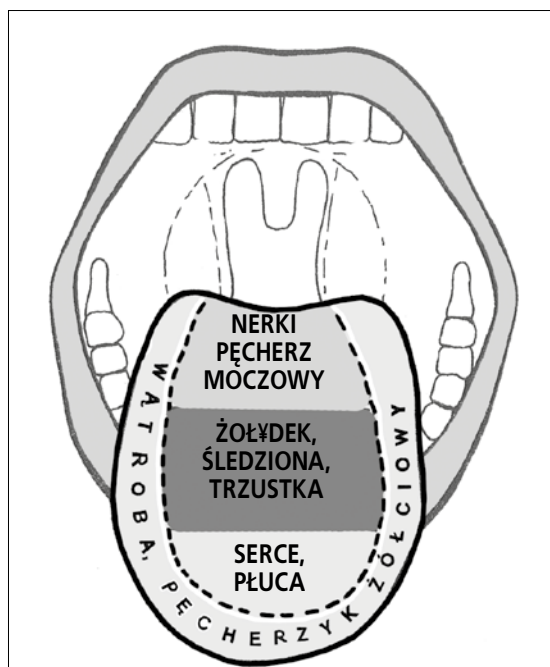
Według starożytnych mistrzów nauka diagnostyki pulsowej trwać mogła nawet do 30 lat, przy czym wielki mistrz Hua Tuo wprowadził szczególny sposób nauczania i egzaminowania uczniów w tej dyscyplinie: pacjenta sadzano za parawanem z rozcięciami, przez które wystawiał on jedynie ręce. Uczeń mógł zatem widzieć i dotykać tylko dłoni pacjenta. Po kilku latach codziennych ćwiczeń powinien rozpoznawać chorobę na podstawie pulsu i ustalić odpowiedni program leczenia. Że metoda ta jednak „miała coś w sobie” – świadczy fakt, iż także starożytna medycyna europejska oraz arabska posługiwały się tą formą diagnostyki. Hipokrates, Galen czy też Ibn Sinna – Awicenna w swoich pracach wzbogacali europejską diagnostykę pulsową znakomitymi komentarzami. Rozróżniano m.in. pulsy: falowy, płaski, dwubitny, długi, krótki, drżący, mały, wolny, szybki, mrówkowaty, twardy, miękki, napięty, luźny, wysoki, niski, piłokształtny, wrzecionowaty, pełny, próżny itp. Wielu znakomitych lekarzy Średniowiecza i Odrodzenia przy zastosowaniu diagnostyki pulsowej osiągało doskonałe wy-

niki, m.in. polski lekarz Józef Struś wsławił się monografią o pulsie, w której umiejętność rozróżniania jego drgnień porównywał do wyczuwania drgań strun podczas gry na lutni.

Zarówno chińscy, jak i europejscy akupunkturzyści oraz lekarze tradycyjnej medycyny chińskiej do dziś posługują się tą metodą i to z dobrymi efektami. Sam pamiętam, jak w wiedeńskim Instytucie Akupunktury im. L. Boltzmanna znakomity lekarz austriacki, dr Hans Zeitler, wprawiał w podziw lekarzy – uczestników kursów akupunktury umiejętnością stawiania diagnozy bez wywiadu i badań pomocniczych, jedynie właśnie na podstawie badania pulsu.

Obecnie w Polsce badania takie najczęściej widzujemy na różnego typu targach medycyny naturalnej, gdzie wykonują je przeważnie lekarze pochodzący z Mongolii.

O ile jednak badanie pulsu jest sztuką rzeczywiście trudną, o tyle **ogłądanie języka** (oczywiście w jego najprostszych formach) jest dostępne dla każdego. Język odzwierciedla bowiem stan najważniejszych narządów wewnętrznych. Niestety, mamy tu do czynienia z istotnymi różnicami pomiędzy poszczególnymi szkołami. Według tradycyjnych źródeł, jeśli podzielimy długość języka na trzy odcinki, wówczas przedni odpowiadać będzie narządom klatki piersiowej – sercu i płucom, środkowy żołądkowi, trzustce i śledzionie, natomiast tylny nerkom i układowi wydalniczemu. Obrzeże języka stanowi odzwierciedlenie stanu wątroby i dróg żółciowych.



Według znakomitego japońskiego znawcy medycyny Wschodu, dra Michio Kushi, obszary te rozkładają się nieco inaczej: obwód języka dzielimy na trzy części – przednia koresponduje z odcinkiem zstępującym jelita grubego oraz odbytnicą, odcinki boczne odpowiadają pozostałym częściom jelita grubego, natomiast tylne wątrobie, drogom żółciowym, dwunastnicy i trzustce. Pozostała przednia część języka jest odzwierciedleniem jelita cienkiego, środkowa odpowiada żołądkowi (tu mamy największą zbieżność), tylna zaś przełykowi. Spodnia strona języka odnosi się do cyrkulacji krwi i limfy w okolicach fragmentów przewodu pokarmowego odpowiadających poszczególnym obszarom wierzchniej strony języka.

Tradycyjna medycyna chińska zna 9 głównych obrazów nieprawidłowego języka, np. język *jasny*, blady wskazuje na zespół zimna, język *intensywnie czerwony* jest charakterystyczny dla zespołu ciepła, a zatem nadmiaru Qi. Język w kolorze *purpurowym* świadczy o zablokowaniu przepływu płynów ustrojowych, zastoju cyrkulacji Qi i niedoborze czynnika Yang. *Gruby biały nalot* na języku to objaw niestrawności związanej przeważnie z zaparciem. *Suchy biały nalot* towarzyszy przeważnie infekcji dróg oddechowych, natomiast nalot *żółty* niewłaściwej pracy płuc przy zespole ciepła. Język pokryty *gęstym żółtym nalotem* spotykamy przeważnie w stanach odwodnienia, często spowodowanego czynnikami zewnętrznymi (upał), ale także w ostrym zespole ciepła. Język *pokryty plamami* charakterystyczny jest dla zespołu niedoboru Yang i stanów ogólnego wyczerpania.

Michio Kushi także i tu stosuje nieco inny podział. Według niego np. barwa ciemnoczerwona oznacza stan zapalny, wrzód a nawet nowotwór, barwa i nalot żółtawy są charakterystyczne dla stanów zapalnych i nadczynności wydzielniczej, spowodowanej przez nadmierne wydzielanie żółci, akumulowanie się tłuszczu, głównie w wyniku spożywania jaj, drobiu i artykułów nabiałowych. Białe plamy wiąże on z procesem odrzucania produktów mlecznych oraz tłuszczów i olejów pochodzenia zarówno zwierzęcego, jak roślinnego, a także ogólne osłabienie funkcji trawiennych. Natomiast barwa niebieska, czy też sinawa, wiąże się według niego z nadmiernym spożyciem produktów o naturze Yin, w tym owoców, soków, kompotów, chemikaliów, narkotyków i medykamentów, a także cukru. Wypryski na języku mają być wyrazem odrzucania przez organizm nadmiernej ilości białka, tłuszczów i cukrów pochodzenia zarówno zwierzęcego, jak roślinnego. Często są one wynikiem nieodpowiednich kombinacji, np. ryb i owoców, mięsa i olejów roślinnych, mąki i nabiału, nabiału (szczególnie jaj) i soków cytrusowych.

Innym słowem, według tego autora zmiany na języku wiążą się w znacznym stopniu z problematyką dietetyczną (Michio Kushi jest jednym z twórców współczesnej makrobiotyki).

Są to jednak jedynie objawy najczęstsze. Prawdziwa sztuka „czytania” chorób ze stanu języka jest bodajże jeszcze trudniejsza od irydologii – nauki stawiania diagnozy na podstawie analizy tęczówki oka, zaś nowoczesne fotograficzne atlasy zmian na języku obejmują nieraz i po kilkaset stron.

W badaniu według zasad medycyny chińskiej istotne znaczenie ma także uciskanie i obmacywanie należących do systemu akupunktury tzw. **punktów alarmowych**, które zostaną dokładniej omówione w następnym rozdziale. Znaczenie ma także wygląd twarzy, oczu, rąk, paznokci, skóry i wiele, wiele innych elementów...

Czytelnik musi mieć świadomość, że przedstawione powyżej podstawy teoretyczne masażu chińskiego są co najmniej bardzo ogólne i mocno okrojone. Jest to zamierzone i związane z przeznaczeniem książki – nie jest to przecież podręcznik medycyny chińskiej jako takiej! Zainteresowani łatwo znajdą w księgarniach różne wydania książek pozwalających na poszerzenie wiedzy w tym zakresie. Sądzę jednak, że uważne zaznajomienie się z tym rozdziałem daje wystarczające przygotowanie do przyswojenia następnego bloku informacji, jakim jest topografia meridianów i leżących na nich najważniejszych punktów.

Topografia meridianów i najważniejszych punktów

- ☯ Pojęcia: cun indywidualny i cun proporcjonalny
- ☯ Meridiany pierwszego obiegu energetycznego
- ☯ Meridiany drugiego obiegu energetycznego
- ☯ Meridiany trzeciego obiegu energetycznego
- ☯ Meridiany cudowne (dodatkowe)

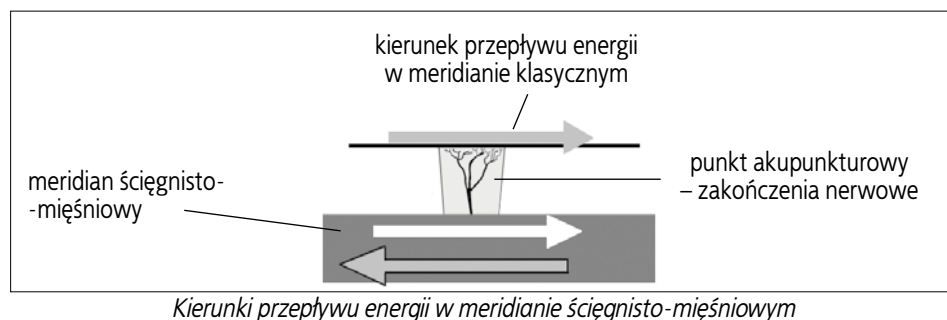
Jak wspomniałem już w poprzednim rozdziale, swoiste organy, dzięki którym akupunktura może wpływać na stan zdrowia, szczególnie zaś na energetykę organizmu, to **punkty**. Większość z nich, jak już wiemy (przynajmniej te podstawowe), uporządkowana jest pod względem topograficznym poprzez podporządkowanie poszczególnym meridianom. Wiemy również, że uporządkowanie to nie ma charakteru przypadkowego. Każdy meridian jest bowiem, mówiąc obrazowo, strumykiem płynącym od punktu początkowego do końcowego poprzez pewną liczbę „stacji pośrednich”, jakimi są punkty znajdujące się na przebiegu meridianu, punkty te są zaś z nim związane czynnościowo.

Nasz strumyk zawsze albo rozpoczyna się przebiegiem „podziemnym”, czyli wewnętrznym, po czym „wypływa na powierzchnię”, albo przeciwnie, na końcu swojego biegu „wpływa pod ziemię”. Niekiedy, strumyk „podziemny” rozpoczyna się na przebiegu „naziemnego”, a wtedy rozbiegają się one w różne strony. Ujmując jednak rzecz poważnie, musimy pamiętać, że jeśli co do istoty przebiegów **zewnątrznych**, nie mając wprowadzić całkowitej pewności, mamy przynajmniej pierwsze wyniki badań naukowych, a w tym kierunku są one prowadzone w dalszym ciągu i to co najmniej w kilku ośrodkach, to nasze pojęcie o przebiegach **wewnętrznych** ma charakter czysto spekulatywny i opiera się wyłącznie na „starych księgach”. Ponieważ jednak dane dotyczące meridianów zewnętrznych potwierdziły się przy zastosowaniu metod naukowych przynajmniej w części, zwłaszcza co do lokalizacji punktów, być może z czasem potwierdzi się i istnienie przebiegów wewnętrznych. Na razie, ufając tradycyjnym źródłom, przebiegi

te podają głównie dla lepszego zrozumienia powiązań meridianów z narządami wewnętrznymi.

Powróćmy jednak do naszego obrazowego porównania. Tak jak w przypadku strumyka jesteśmy w stanie nie tylko określić jego bieg, ale także dokładnie sprecyzować budowę podłoża, przez które on płynie, tak w przypadku meridianu klasycznego możemy anatomicznie określić mięśnie i więzadła znajdujące się w skórze **pod** jego znajdującym się na skórze (czy też raczej w skórze) przebiegiem powierzchownym. Ten właśnie układ mięśni i więzadeł (co najwyżej z niewielkimi odchyleniami) nazywamy **meridianem ścięgnisto-mięśniowym**. Jest to dla masażysty niezwykle ważne pojęcie, ponieważ w odróżnieniu od akupunkturzysty i akupresurzysty, dla których zasadniczym terenem oddziaływania jest punkt, posługuje się on w swej pracy **liniami** meridianów klasycznych), **pasami** meridianów ścięgnisto-mięśniowych oraz **płaszczyznami**.

Jest to w sposób oczywisty związane także z narzędziem, jakim się posługujemy. O ile bowiem akupunkturzysta korzystający z igły mającej współcześnie średnicę przeważnie ok. 0,3 mm (średnica najcieńszych igieł wynosi nawet 0,12 mm, co czyni je praktycznie równe grubości włosa) musi trafić w punkt z idealną wręcz precyzją, akupresurzysta zaś, który posługuje się pałeczką do masażu, pracuje z dokładnością do ok. 3 mm (a zatem 10-krotnie mniejszą), to w przypadku pracy płaszczyznowej nawet kilka centymetrów w jedną czy też drugą stronę nie odgrywa istotnej roli. Stosując masaż punktowy, trzeba oczywiście znacznie zwiększyć precyzję lokalizacji punktów, chociaż z uwagi na średnicę palca dokładność co do milimetra po prostu nie jest możliwa.



Ponieważ zlokalizowanie punktu jest bardzo istotną sprawą, ważnym problemem staje się technika tej czynności i przekazanie jej w postaci odpowiedniego zapisu topograficznego.

W ciągu wieków powstało wiele metod umożliwiających dokładne „trafienie” poszukiwanego punktu. Najstarszą z nich jest niewątpliwie stosowana do dziś **palpacja bólowa**. Z całą bowiem pewnością na początku jedynymi odnajdywanymi

punktami były te, które reagowały na ucisk zwiększoną bolesnością (tzw. punkty **A-SHI**, dzisiaj określane jako **punkty bolesności spontanicznej**, ściśle indywidualne i zależące jedynie od wrażliwości danej osoby; niekiedy trafiamy na nie zupełnie przypadkowo, mają one jednak istotne znaczenie w terapii i zawsze je do niej włączamy). Znalezione miejsce rozcierano, opukiwano, ugniatano czy też stymulowano w inny sposób, z czasem zaś zaczęto do nich wkuwać igły. Punkty te niekiedy pokrywają się z tymi, które znaleźć możemy w atlasach, równie często zlokalizowane są one jednak poza systemem meridianów.

Drugim sposobem jest lokalizacja punktów według stałych miejsc anatomicznych ciała. Są one bowiem doskonałymi punktami odniesienia zarówno dla bezpośredniego oznaczania położenia punktów, jak i do dalszych pomiarów. Metoda ta również w naszej książce stosowana jest najczęściej.

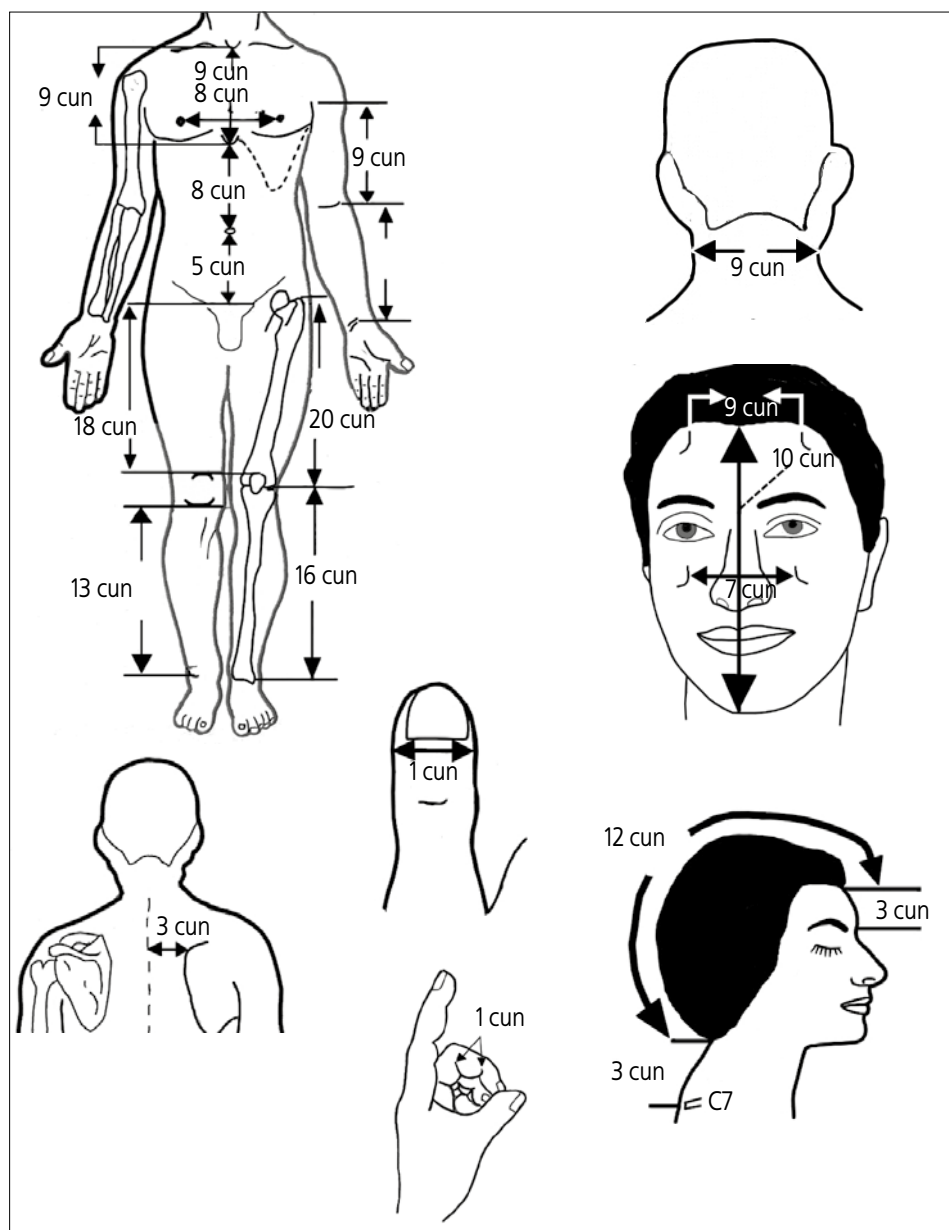
Trzecią techniką jest stosowanie tzw. punktoskopów – przyrządów elektrycznych, wyszukujących punkty biologicznie aktywne poprzez rozpoznawanie miejsc o obniżonej oporności (lub odwrotnie – zwiększonym przewodnictwie elektrycznym) skóry co, jak już wiemy, jest ich charakterystyczna cecha. Dla prawidłowego rozpoznania konieczna jest oczywiście przybliżona przynajmniej znajomość lokalizacji danego punktu.

Zagadnienie niezbędnych dla diagnostyki pomiarów nie jest w akupunkturze bynajmniej proste, jako że każdy człowiek ma inne rozmiary ciała. Jest wprawdzie zbudowany według tych samych proporcji (no i, oczywiście, ogólnych zasad anatomicznych), jednak różni się od drugiego przede wszystkim właśnie parametrami ciała. Z tego też względu niemożliwe jest zastosowanie wielkości obiektywnych, takich jak centymetr, miary musiałyby być bowiem ustalane indywidualnie dla każdego osobnika. Stąd też w przebiegu wieków wypracowane zostały dwa sposoby dokonywania tych pomiarów, stosowane w zasadzie wyłącznie dla potrzeb akupunktury.

Pierwszym z nich jest użycie tzw. **cuna proporcjonalnego**. Jeśli odległość pomiędzy dwoma stałymi punktami anatomicznymi podzielimy na określoną liczbę odcinków, każdy z nich będzie się nazywać cunem proporcjonalnym. W praktyce trzymamy się dokonanych dawno już temu podziałów, które są zazwyczaj przedstawiane na mapach meridianów. Tak np. od środka pępka do wierzchołka będącego zakończeniem mostka wyrostka mieczykowatego mierzymy 8 cun. Niezależnie zatem od tego, jak duży brzuch ma dany osobnik (dotyczy to również np. kobiet w ciąży), pomiędzy tymi punktami znajdować się będzie **zawsze** ta sama odległość!

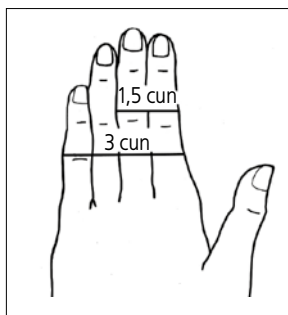
Na następnych stronach przedstawionych jest kilkanaście typowych odległości w cunach.

W praktyce pomiarowej posługujemy się zazwyczaj zwykłą taśmą gumową. Oznaczamy na niej w równych odstępach (np. centymetrowych) kreski, tworząc w ten sposób podziałkę. Jeśli teraz początek taśmy („0”) przyłożymy do wierzchołka wyrostka mieczykowatego, zaś podziałkę „8” do środka pępka, poszczególne kreski podzielą ten odcinek na równe cuny proporcjonalne. Jest to pomiar prosty i wygodny, dlatego też wielu akupunkturzystów chętnie z niego korzysta.



Drugim sposobem jest użycie **cuna indywidualnego**. Ta jednostka pomiarowa jest całkowicie zindywidualizowana (nie należy mylić jej z cunem proporcjonalnym, aczkolwiek u osób szczupłych miary te często się pokrywają). Oficjalnie określa się ją jako odległość pomiędzy dwoma fałdami w stawach międzypaliczkowych zgiętego trzeciego palca ręki. W praktyce jednak jest to po prostu szerokość kciuka na wysokości nasady paznokcia. 1/10 cun nosi nazwę **fen**.

Szerokość zestawionych palców wskazującego i środkowego wyznacza odległość 1,5 cun, zaś zestawionych 4 palców (poza kciukiem) odległość 3 cun. Ale uwaga! Chodzi tu o palce **pacjenta**, nie zaś masażysty! Ta „drobna pomyłka” może (np. przy pracy z dziećmi) całkiem przekreślić trafność lokalizacji punktów. Zadanie jest jednak o tyle ułatwione, że niezależnie od metody poszukiwania punktów, przy uciśnięciu są one **zawsze** bardziej bolesne od otoczenia, w którym się znajdują.



Metody lokalizacji punktów, oparte na pomiarze przewodnictwa elektrycznego skóry, aczkolwiek bardzo przydatne akupunkturzystom, w praktyce masażu są stosowane zdecydowanie rzadziej.

Przejdźmy zatem do analizy układu topograficznego meridianów i punktów stanowiących swoistą „mapę drogową” w naszej podróży po ciele człowieka. W podróży tej pomogą nam plansze, na których każdorazowo uwidoczniono meridian (linia ciągła ——— oznacza przebieg zewnętrzny, natomiast przerywana — — — — wewnętrzny), strzałkami —————> oznaczono kierunek przebiegu energii, zaś szarymi pasmami – meridiany ścięgnisto-mięśniowe (energia przebiega w nich zawsze od palców do centrum ciała, dlatego też kierunek nie jest zaznaczany). Takie skonstruowanie plansz umożliwia porównanie przebiegów i zasięgu poszczególnych meridianów.

Jak już wiemy, energia Qi przebiega w naszym organizmie w układzie 12 meridianów energetycznych, połączonych ze sobą i tworzących jednolity układ złożony z trzech obiegów energii. Istnieją także meridiany dodatkowe, zwane *kanalami cudownymi*, pełniące rolę dodatkowych zbiorników, do których w przypadku „awarii” może przepłynąć nadmiar energii krążącej w meridianach

klasycznych. Dodatkowych kanałów jest 8, lecz tylko 2 z nich są tradycyjnie łączone z podstawową dwunastką, jako że posiadają własne punkty (pozostałe korzystają z punktów należących do meridianów).

Meridiany cudowne nie mają przebiegów wewnętrznych, nie mają także przyporządkowanych im meridianów ścięgnisto-mięśniowych.

Przyjrzyjmy się zatem kolejnym obiegom energetycznym.

Pierwszy obieg energetyczny

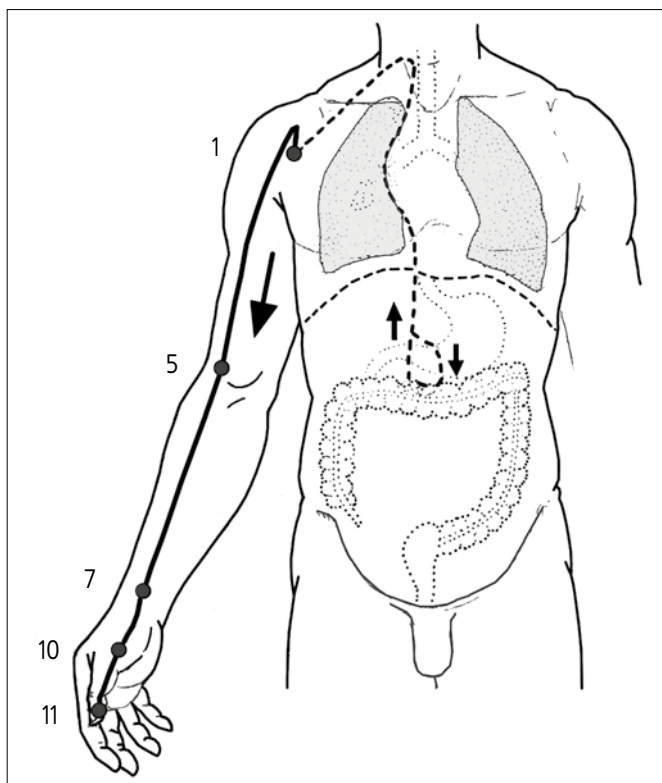
Otwiera go **MERIDIAN PŁUC (P)**. Należy on do układu Yin i leży na wewnętrznej (dłoniowej) stronie kończyny górnej. Jak **każdy** tzw. meridian **Yin ręki** rozpoczyna się (jak zorientujemy się w następnych obiegach) od przebiegu wewnętrznego.

Przypomnijmy sobie, że wszystkie meridiany klasyczne składają się z dwóch części: przebiegu wewnętrznego, łączącego powierzchnię ciała z narządami wewnętrznymi, oraz zewnętrznego, na którym leżą właściwe punkty, z których każdy poprzez skomplikowane mechanizmy odruchowe ma wpływ także na:

1. okolice samego punktu (działanie lokalne);
2. większą całość anatomiczną (np. kończynę), co nazywamy działaniem regionalnym;
3. organizm jako całość.

Meridian płuc rozpoczyna się w środkowej części jamy brzusznej, schodzi w dół do jelita grubego, następnie zaś zawraca w górę i przechodząc przez żołądek i przeponę, dociera do płuc. Tu rozdziela się, obejmując obydwie płuca, po czym znowu łączy się i biegnie dalej jedną linią wzdłuż tchawicy. Poniżej tarczycy znowu się rozdwaja i biegnie symetrycznie w dwóch kierunkach (na planszy jedynie w jednym, gwoli większej przejrzystości rysunku) w okolicy podobojczykowej. Na powierzchni klatki piersiowej, w pierwszej przestrzeni międzybrowowej, w odległości równej 6 cun indywidualnych od linii środkowej przebija skórę i tu zaczyna się jego przebieg powierzchniowy. Dalej biegnie po przyśrodkowej powierzchni ramienia, przechodzi przez staw łokciowy po stronie promieniowej, następnie wzdłuż przedramienia dociera do stawu nadgarstkowego. Stąd poprzez kłąb kciuka dobiega do punktu leżącego po promieniowej stronie kciuka, w odległości około 3 mm od zewnętrznego brzegu nasady paznokcia.

Na zewnętrznym przebiegu meridianu płuc znajduje się 11 punktów, spośród których dla masażysty najważniejszych jest 5.



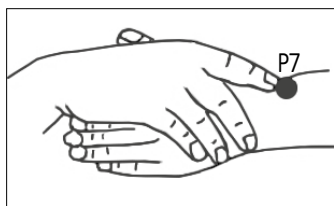
- Pierwszym z nich jest rozpoczynający meridian punkt **P 1**, znajdujący się na przedniej powierzchni klatki piersiowej, w pierwszej przestrzeni międzyżebrowej (tzn. pomiędzy I a II żebrem, nie zaś pomiędzy *obojczykiem* a I żebrem – jest to częsty błąd!) w odległości równej 6 cun (indywidualnych) od linii środkowej przedniej.

Wskazaniami dla stosowania tego punktu są: astma oskrzelowa, zapalenie płuc i oskrzeli, kaszel, duszności, bóle w klatce piersiowej, bóle barków i grzbietu w górnej części, a także choroby serca i innych narządów klatki piersiowej.

- Schodząc w dół wewnętrzną stroną ramienia, w stawie łokciowym znajdujemy punkt **P 5**, będący punktem *sedatywnym* meridianu, czyli osłabiającym jego energię w stanach jej nadmiaru. Dla jego lokalizacji zginamy przedramię w stawie łokciowym (ale nie całkiem) ze stroną dłoniową ręki zwróconą ku górze. W zgięciu łokciowym wyczuwamy wyraźnie twarde ścięgno mięśnia dwugłowego ramienia. Po jego stronie promieniowej (czyli przy tym ułożeniu ręki po stronie kciuka) w małym, ale wyraźnym wgłębieniu leży poszukiwany punkt.

Podobnie jak P1, znajduje on zastosowanie w przypadkach kaszlu, astmy oskrzelowej, zapalenia oskrzeli i dolnych dróg oddechowych, a także przy bólach w okolicy stawu łokciowego, przedramienia i ramienia. Tradycyjne wskazania ogólne obejmują również choroby psychiczne, jak np. różnego rodzaju manie, jednak po pierwsze są to raczej wskazania do nakłuwań, po drugie zaś zostały one w naszej książce świadomie pominięte.

Uwaga: stosowanie masażu chińskiego w chorobach o podłożu psychicznym jest rzeczą specjalisty działającego w ścisłej współpracy z prowadzącym psychiatrą i nie nadaje się z pewnością do terapii „domowej”. W rękach niefachowca może on w tym przypadku przynieść więcej szkody niż korzyści.



- Idąc dalej w dół przedramienia, dochodzimy do punktu **P 7**. Jest on niezwykle ważny, natomiast nieco trudniejszy do zlokalizowany. Jeśli jednak skrzyżujemy kciuki i palce wskazujące pacjenta i masażysty, znajdziemy go na wysokości czubka palca wskazującego, na brzegu kości promieniowej.

Oprócz wskazań omówionych w poprzednich punktach, zakres jego oddziaływania obejmuje także potyliczne bóle głowy, nerwobóle nerwu trójdzielnego, porażenie połowicze i bóle okolicy serca. Jest to także punkt **immunostymulujący**, tzn. poprawiający stan ogólnej odporności organizmu. Według dawnej tradycji, należał on do 4 najważniejszych punktów akupunktury. Dziś, w świetle nowszych badań, jego znaczenie nieco osłabło, zaś miano „wielkiej czwórki” przypadło innym punktom. Niemniej jest to w dalszym ciągu punkt bardzo ważny i często stosowany.

- Na wierzchołku linii nadgarstka, w zagłębieniu po stronie kciuka położony jest punkt **P 9**, będący punktem **tonizującym** meridianu. Stosuje się go w przypadkach niedoboru energii.

- Na dłoniowej powierzchni kłębu kciuka, na wysokości środka pierwszej kości śródręcza, na pograniczu skóry „białej” i „czerwonej” leży punkt **P 10**. Stosuje się go w tych samych przypadkach co P 7, dla wzmocnienia jego działania, przy czym jest on niewątpliwie wygodniejszy dla masażysty, jako że leży na miękkim, łatwo dostępnym mięśniu.

- Ostatnim istotnym dla nas punktem meridianu płuc jest kończący go **P11**, leżący na zewnętrznej stronie kciuka, w odległości ok. 3 mm od brzegu nasady paznokcia. Wskazaniami do jego użycia są: zapalenie jamy ustnej, gardła i krtani, niewydolność oddechowa, gorączka i bóle gardła. Tradycyjnie punkt ten nazywany jest **mistrzem bólów gardła**. Jest on także ważnym punktem **reanimacyjnym**, stosowanym w przypadkach omdleń. Jako ciekawostkę można

podać, że igłowa stymulacja tego punktu, wraz z omawianym wkrótce czwartym punktem meridianu jelita grubego, wywołuje znieczulenie gardła wystarczające do przeprowadzenia operacji usunięcia migdałków podniebiennych (co widziałem na własne oczy)!

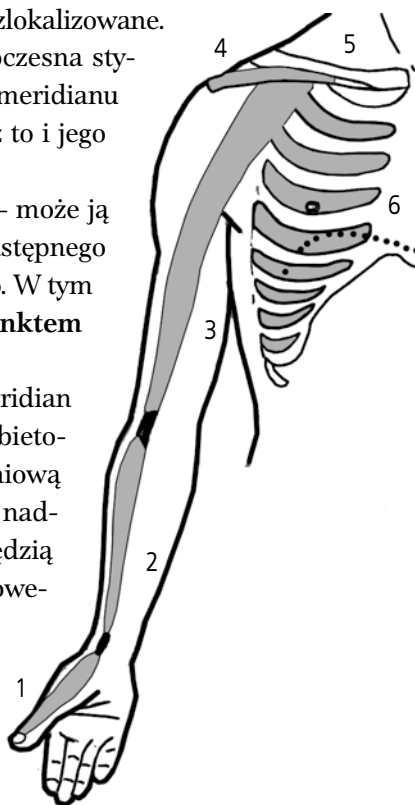
Zgodnie z tradycją chińską, meridian płuc jest odpowiedzialny za wszystkie procesy związane z pobieraniem i przyswajaniem powietrza. Przy zaburzeniach jego funkcji – co stanowi tzw. **zespół meridianowy** – stwierdzamy odczucie „przepełnienia płuc”, kaszel, zaburzenia oddechowe, zapalenia gardła i krtani, przeziębienia, odczucie zimna i bólu w ramionach oraz stawach barkowych. Występują także bóle na przebiegu meridianu.

Tak zwanym **punktem alarmowym** meridianu płuc, którego ból uciskowy wskazuje na zaburzenia czynności meridianu jako całości, jest punkt „własny”, czyli leżący na tym samym meridianie, a jest nim P 1. W przypadkach wskazań, przy których stosujemy punkty leżące na meridianie płuc, jak też przy jego zaburzeniach całościowych stosujemy pomocniczo także tzw. **punkt zgodności tylnej** (PZT), leżący na grzbiecie, w odległości równej 1,5 cun od linii środkowej tylnej, na wysokości końca wyrostka kolczystego trzeciego kręgu piersiowego (Th 3). Z punktami zgodności tylnej zaznajomimy się bliżej, omawiając

meridian pęcherza moczowego, na którym są zlokalizowane. Tu możemy tylko zasygnalizować, że równoczesna stymulacja punktu alarmowych i PZT danego meridianu poprawia energetykę jego przebiegu, a przez to i jego działanie.

Jeśli meridian płuc ma nadmiar energii – może ją „wypuścić” do stanowiącego z nim parę następnego w kolejności obiegu meridianu jelita grubego. W tym celu masujemy punkt P 7 – będący tzw. **punktem przepustowym**.

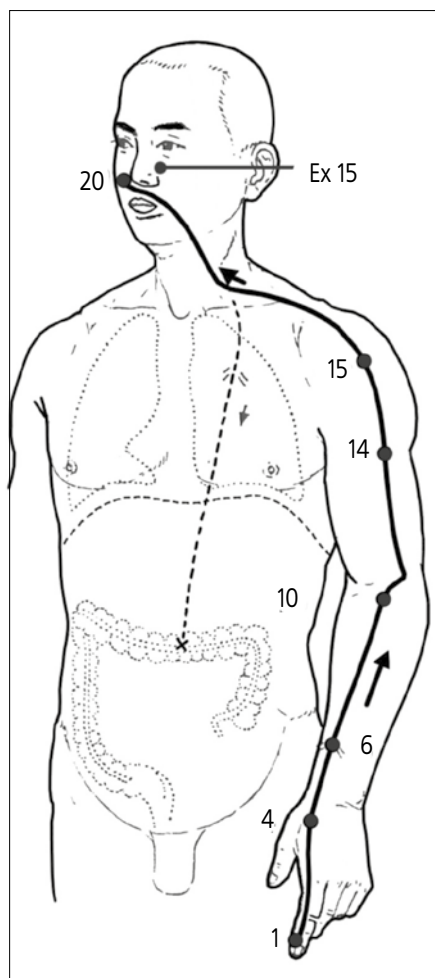
Przyporządkowany do meridianu płuc meridian ścięgno-mięśniowy rozpoczyna się na grzbietowej stronie kciuka, przewija na stronę dłoniową i poprzez kłęb kciuka (1) dochodzi do stawu nadgarstkowego. Następnie promieniową krawędzią przedramienia (2) przebiega do stawu łokciowego, dalej zaś wzdłuż mięśnia dwugłowego ramienia (bicepsu) dobiega do obojczyka (3). Tu dzieli się na dwie odnogi. Pierwsza, krótsza, biegnie do stawu barkowego i kończy się na wyrostku barkowym obojczyka



(4), natomiast druga przebiega wzdłuż obojczyka w kierunku mostka (5), gdzie zakręca wąskim łukiem i zagłębia się w klatkę piersiową, rozdzielając się na wiele gałązek obejmujących płuca, a niekiedy wyczuwalnych w przestrzeniach międzyżebrowych (6).

Drugi w kolejności **MERIDIAN JELITA GRUBEGO (JG)** pełni funkcję odtruwającą ustrój człowieka, co w sposób oczywisty związane jest z czynnościami jelita grubego w ludzkim układzie pokarmowym. Jest to meridian typu **Yang ręki** i jako taki rozpoczyna się na końcu palca i biegnie w kierunku głowy.

Początek jego leży w odległości ok. 3 mm od zewnętrznego kąta paznokcia palca wskazującego, następnie biegnie ku górze po promieniowej stronie tego palca, przechodzi pomiędzy pierwszą a drugą kością śródręcza, następnie przez nadgarstek i dalej wzdłuż kości promieniowej do stawu łokciowego. Stąd wzdłuż bocznej powierzchni ramienia przechodzi na tylną powierzchnię barku, dochodzi do 7 kręgu szyjnego (w okolicy którego spotykają się wszystkie meridiany Yang) i wraca łukiem do dołka nadobojczykowego. W tym miejscu następuje jego podział na przebieg zewnętrzny i wewnętrzny.



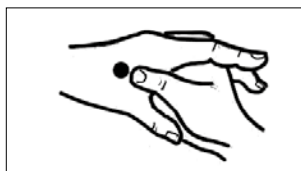
Pierwszy z nich po bocznej powierzchni szyi wznosi się ku głowie i przechodzi przez środek żuchwy (dolnej szczęki) do górnej wargi. Idąc dalej, przecina (jako jedyny z wszystkich meridianów) linię środkową przednią i kończy swój bieg przy skrzydełku nosa po drugiej stronie twarzy. Przebieg wewnętrzny z dołu nadobojczykowego schodzi do płuc, a następnie przebijając przeponę, ale omijając żołądek, dociera do jelita grubego, gdzie kończy swój bieg.

Na meridianie jelita grubego znajduje się 20 punktów, z czego dla naszych potrzeb ważnych jest 7.

- Pierwszym z nich jest początkowy punkt meridianu – **JG 1**, którego położenie obok nasady paznokcia palca

wskazującego zostało już omówione. Stosowany jest on najczęściej w przypadku bólów zębów – zawsze po przeciwnej stronie ciała (tzn. przy bólach po stronie prawej masujemy palec po stronie lewej), także w przypadkach zapalenia jamy ustnej, gardła oraz w chorobach gorączkowych. Energiczny masaż tego punktu palczką do masażu (warto ją z różnych powodów nosić przy sobie), drzewcem zapalki lub paznokciem (konieczne tu jest wywołanie nieprzyjemnego skądinąd odczucia De Qi) może na przykład znacznie zmniejszyć nieprzyjemne wrażenia w czasie wizyty u stomatologa. Akupunktura igłowa tego oraz kolejnego punktu, którym jest JG 4, pozwala uzyskać znieczulenie wystarczające do usunięcia zęba!

- Przesuwając palcem po drugiej kości śródreżca wzdłuż przebiegu meridianu (kość ta stanowi przedłużenie palca wskazującego) docieramy w jej połowie do wyraźnie bolesnego punktu. To właśnie **JG 4** – jeden z najważniejszych w całym systemie akupunktury, należący do „wielkiej czwórki” punktów stosowanych praktycznie we wszystkich chorobach.



Wskazania do jego stosowania są tak rozległe, że aby uniknąć mozolnego wyliczania, możemy powiedzieć krótko i po prostu: stosuje się go w zasadzie **zawsze**, szczególnie w przypadkach chorób narządów znajdujących się powyżej pasa. Jest to także ważny **punkt przemiany materii** – przy jej zaburzeniach masujemy *cały palec wskazujący* od strony kciuka, aby uaktywnić również inne znajdujące się tam punkty: **JG 2** (będący również punktem *sedatywnym* meridianu) i **JG 3**. Ma on także wyraźne i silne działanie **immunostymulujące** i **ogólnie wzmacniające**, z którego to względu chętnie stosowany jest w masażu i automasażu sportowym.

- W odległości 3 cun powyżej linii zgięciowej nadgarstka, ale na grzbietowej stronie przedramienia, na linii meridianu, leży **punkt przepustowy** meridianu jelita grubego, łączący go z meridianem płuc (o działaniu punktu przepustowego mówiłem przy omawianiu punktu P 7) – **JG 6**. W praktyce masażu punkt ten stosowany jest właśnie jedynie w tym charakterze „zaworu”, w przypadku nadmiaru energii w tym meridianie.

- Kończynę górną zginamy w stawie łokciowym tak, aby przedramię było dociśnięte do ramienia, zaś strona dłoniowa ręki skierowana ku górze. Po stronie promieniowej stawu, 2 cun poniżej końca linii zgięciowej przy tym powstałej (pozostając oczywiście na przebiegu meridianu), znajdujemy ważny (i bolesny) punkt **JG 10**. Ma on oczywiście działanie lokalne w przypadkach bólów przedra-

mienia i stawu łokciowego czy też nerwobólu nerwu promieniowego, stosowany jest jednak przede wszystkim jako punkt ogólnie wzmacniający, działający skutecznie również w przypadkach wymiotów i nudności, szczególnie na podłożu psychicznym i emocjonalnym.

- Utrzymując rękę w tej samej pozycji, na samym końcu wspomnianej przed chwilą linii, docieramy do punktu **JG 11**, będącego punktem **tonizującym**, czyli wzmacniającym meridianu.

Używany jest on w przypadkach zaburzeń ruchu robaczkowego jelit, w nadciśnieniu tętniczym, a także – przede wszystkim – przy bólach lokalnych, tzn. stawu łokciowego, ramienia i barku. Niekiedy stosujemy go uzupełniająco przy nerwobólach międzyżebrowych oraz (rzadziej) w przypadkach egzemy i pokrzywki skórnej na tle uczuleniowym. Ważne jest, że podobnie jak JG 4 jest to punkt **immunostymulujący i ogólnie wzmacniający**.

W tym miejscu czas na małą dygresję: czytelnicy uważni, a znający inne pozycje literatury z zakresu akupunktury, zorientowali się do tej pory na pewno, że wskazania podawane przeze mnie bynajmniej nie wyczerpują tematu. Tak jest istotnie i nie dzieje się to bynajmniej przypadkiem! Po pierwsze bowiem – uważam, że lepiej podać mniejszą liczbę punktów i wskazań, które zostaną zapamiętane, niż zasypać czytelnika masą informacji, które zostaną jedynie przeczytane „po wierzchu”. Po drugie – nie wszystkie wskazania podawane w pod-ręcznikach akupunktury są właściwe także (o czym już mówiliśmy wcześniej) dla masażu, współcześnie zaś często nie są stosowane! Po trzecie wreszcie – książeczka ta przeznaczona jest przede wszystkim „dla początkujących”, a zatem głównie zainteresowanych laików, w związku z czym nie podaję w niej danych interesujących w pierwszej kolejności fachowców: lekarzy, fizjoterapeutów i masażystów zawodowych (choć, być może, i oni będą z niej korzystać). Wracajmy jednak do naszej wędrówki po meridianie.

- Idąc od stawu łokciowego w górę, docieramy do dolnego przyczepu mięśnia naramiennego. Jeśli mięsień ten wyobrazimy sobie jako trójkąt umieszczony wierzchołkiem w dół, na szczycie tego wierzchołka znajdować się będzie poszukiwany przez nas punkt **JG 14**.

Stosowany jest on w stanach wzmożonego napięcia mięśni szyi i karku, kręczu szyi, ograniczeniach ruchowych stawu barkowego i porażeniu połowicznym. Ma zatem głównie działanie lokalne.

- Nieco wyżej, w przednim „dołku” zagłębienia barkowego, powstającego przy podniesieniu kończyny górnej w linii bocznej do poziomu, znajduje się punkt **JG 15**.

Także i on ma przede wszystkim działanie typowo miejscowe przy bólach ramienia i barku, zaburzeniach ruchu w stawie barkowym i porażeniach kończyny górnej. Stosuje się go jednak również jako punkt pomocniczy w terapii nadciśnienia tętniczego.

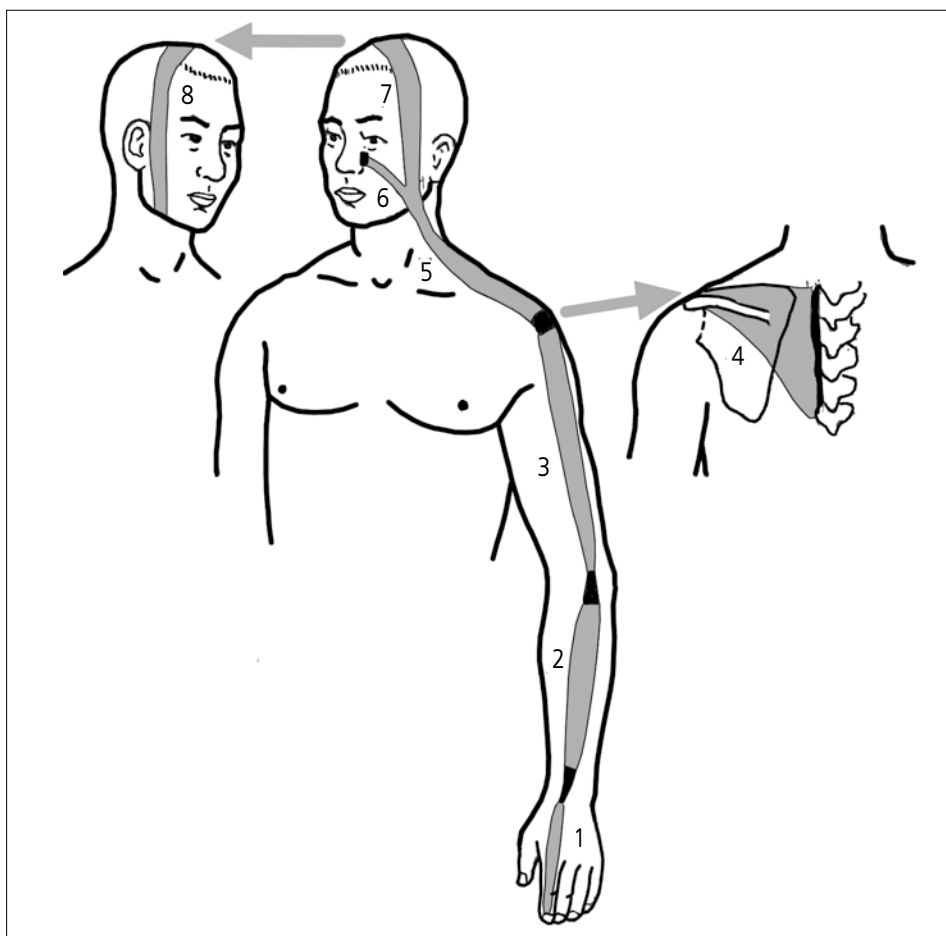
- Ostatnim punktem meridianu jelita grubego jest **JG 20**, leżący tuż obok skrzydełka nosa. Przypominam, że leży on po **przeciwnej** stronie osi ciała niż cały pozostały jego przebieg!

Stosuje się go w przypadkach kataru, niedrożności nosa, porażenia II gałązki nerwu twarzowego, w pierwszej kolejności zaś przy zapaleniu zatok bocznych nosa, szczególnie zatok szczękowych.

- Nieco powyżej tego punktu, z boku nosa, dokładnie w miejscu, gdzie łączy się część kostna nosa z chrząstką, leży „pozameridianowy” punkt **Ex 15**. Także i on stosowany jest głównie w nieżytach nosa, szczególnie w przypadkach zaburzeń węchu, jak też w stanach zapalnych zatok przynosowych. Najbardziej znany jest jednak z tego, że stosuje się go obowiązkowo w zabiegach mających na celu odzwyczajenie od palenia papierosów!! Meridian jelita grubego odgrywa w organizmie rolę regulatora przebiegu procesów przemiany materii, w tym szczególnie trawienia pokarmów i usuwania jego produktów, jak też działania błon śluzowych układu pokarmowego. Jak wiemy, stanowi on parę Yin-Yang z meridianem płuc i stąd zbieżność w niektórych wskazaniach. Przy zaburzeniach czynności meridianu jako całości, czyli w tzw. **zespole meridianowym** obserwujemy wystąpienie bólów brzucha, biegunki lub zaparc, ale także bólów zębów, krwawień z nosa oraz bólów na jego przebiegu.

Punkt alarmowy tego meridianu znajduje się na wysokości środka pępka (u leżącego pacjenta), jednak w odległości 2 cun indywidualnych na zewnątrz. Wspierające go działanie terapeutyczne wywiera również **punkt zgodności tylnej**, leżący na wysokości końca wyrostka kolczystego IV kręgu lędźwiowego (L4), w odległości 1,5 cun na zewnątrz.

Przyporządkowany do niego meridian ścięgnisto-mięśniowy rozpoczyna się na czubku palca wskazującego i biegnie oczywiście zgodnie z jego przebiegiem (1, 2, 3) aż do stawu barkowego. Tam oddziela się od niego gałązka przechodząca na plecy, obejmująca górną część łopatki i docierająca do pierwszych 6 kręgów kręgosłupa piersiowego (4). Druga gałązka podąża zgodnie z drogą meridianu klasycznego (5), z tym że na wysokości ust następuje ponowne rozdwojenie: jedna odnoga kończy swój bieg przy skrzydełku nosa, nie przecinając jednak linii środkowej (6), druga natomiast podąża ku górze (7) i przez szczyt głowy, opasuje twarz z przeciwnej strony (8), kończąc ostatecznie swój bieg na brzegu żuchwy. Oczywiście, ponieważ meridian ten przebiega symetrycznie z obydwóch stron ciała, jego końcowe odcinki nakładają się na siebie.

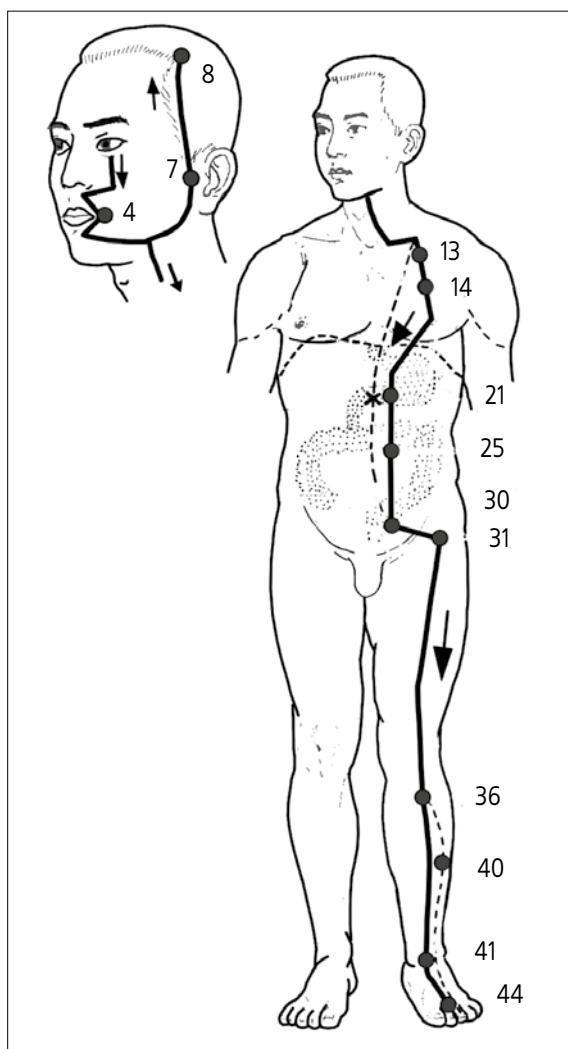


Teraz czeka nas droga dłuższa niż do tej pory. Trzecim bowiem meridianem wchodzącym w skład pierwszego obiegu energetycznego jest **Yang nogi** czy też **długi Yang – MERIDIAN ŻOŁĄDKA (Ż)**. Jako jedyny z tej grupy przebiega on w całości po przedniej powierzchni ciała. Podobnie jak to się okaże w przypadku innych długich meridianów, jego przebieg wewnętrzny jest w praktyce pozbawiony znaczenia.

Meridian żołądka zaczyna się na dolnym brzegu oczodołu, w miejscu gdzie przecina się on z linią pionową wyprowadzoną ze środka źrenicy oka, po czym biegnie w dół do brzegu żuchwy. Dzieli się tam na dwie gałęzie. Jedna z nich ciągnie się brzegiem żuchwy w kierunku jej kąta, następnie wznosi się ku górze aż do kąta czoła. Druga opada w dół przez szyję klatkę piersiową, brzuch, pachwinę, przednią powierzchnię uda i podudzia aż do stopy. Na stopie przebiega jej stroną grzbietową pomiędzy drugim a trzecim palcem, aż do punktu znajdującego się po strzałkowej (zewnątrznej) stronie drugiego palca stopy, jak zwykle

ok. 3 mm od zewnętrznego kąta nasady paznokcia. W miejscu, gdzie przebieg zewnętrzny przechodzi przez dół nadobojczykowy, oddziela się od niego przebieg wewnętrzny, który poprzez klatkę piersiową i przeponę biegnie do żołądka, łączy się ze śledzioną i schodzi do pachwiny, gdzie łączy się ponownie z przebiegiem zewnętrznym.

Zewnętrzny przebieg meridianu liczy 45 punktów, spośród których istotnych dla nas jest 13.



- Pierwszym z nich jest leżący w odległości równej 0,5 cun od kąta ust punkt Ż 4. Stosujemy go w masażu twarzy, nerwobólu drugiej gałązki nerwu

trójdzielnego (przebiegającej od ucha przez policzek do nosa), porażeniach nerwu twarzowego, bólu zębów, zaburzeniach mowy, kurczach mięśni mimicznych ust i oczu, jest to zatem typowy punkt lokalny.

- We wgłębieniu, które znajduje się przed małżowiną uszną, pomiędzy dolną krawędzią łuku jarzmowego a wcięciem żuchwy (od dołu) mieści się punkt **Ż 7**. Znalezienie go ułatwia fakt, że przy zamkniętych ustach znajduje się on w nieznacznym wgłębieniu, natomiast przy otwartych lekko się uwypukla.

Wskazaniem do korzystania z tego punktu są nerwobóle II i III gałązki nerwu trójdzielnego (II gałązka biegnie nad zębami górnej szczęki, natomiast III wzdłuż żuchwy), bóle zębów, zapalenie zatok szczękowych, zapalenie ucha środkowego i szczękostisk (także historyczny).

- Około 4 cun wyżej i 2 cun na zewnątrz od kąta owłosionej części czoła, w zagłębieniu skroniowym znajduje się punkt **Ż 8**. Przy ucisku na ten punkt może wystąpić charakterystyczne odczucie „łomotu” w całej lub połowie głowy. Znalezienie go ułatwia fakt, że jeśli położymy na nim palec, wówczas otwierając i zamykając usta, wyczuwamy wyraźnie ruchy górnego brzegu mięśnia skroniowego.

Ten punkt, w masażu stosunkowo rzadko używany, znajduje ewentualne zastosowanie przy silnych bólach i zawrotach głowy, migrenach, nerwobólach pierwszej (przebiegającej wzdłuż czoła) gałązki nerwu trójdzielnego oraz przy porażeniu połowicznym twarzy.

- Tuż pod obojczykiem, w samym środku dołu podobojczykowego, znajduje się znakomicie wyczuwalny punkt **Ż 13**. Po jego uciśnięciu odczuwamy charakterystyczne odczucie „duszenia” wywołane przez reakcję przepony. Z tego względu stosuje się go niekiedy przy długotrwałej czkawce, ponadto w przypadkach uporczywego kaszlu, w astmie oskrzelowej, zapaleniu płuc i opłucnej. Działa on korzystnie także u osób cierpiących na nerwicowy brak apetytu.

Po drugiej stronie obojczyka, dokładnie nad tym punktem znajduje się mający podobne wskazania punkt **Ż 12**. Nie byłoby powodu o nim wspominać, gdyby nie fakt, że niekiedy obmacując tę okolicę, odnaleźć możemy w tym miejscu zgrubienie charakterystyczne dla powiększonych węzłów chłonnych. Objaw ten (**występujący jedynie po lewej stronie**) oznaczać może – chociaż oczywiście nie musi – tzw. *gruczoł Virchowa*, będący objawem przerzutu raka żołądka! Konieczne jest wówczas postępowanie wyjaśniające przeprowadzone przez specjalistę, z czym prawdopodobnie połączona będzie gastroskopia (wziernikowanie żołądka).

- Kolejnym interesującym nas punktem jest znajdujący się w drugiej przestrzeni międzyżebrowej w odległości 4 cun od linii środkowej przedniej **Ż 15**. Używany jest w przypadkach bólów w klatce piersiowej, w nerwobólu międzyżebrowym, astmie oskrzelowej, zapaleniu oskrzeli, a także przy bólach

i stanach zapalnych gruczołu sutkowego – jednak w tym przypadku jedynie po uprzednim wyjaśnieniu diagnostycznym przez lekarza specjalistę. Wszelkiego rodzaju działania w pobliżu gruczołu sutkowego są bowiem przy niejasnym rozpoznaniu **absolutnie zabronione**, ze względu na możliwość, że mamy do czynienia z procesem nowotworowym!

- W połowie odległości pomiędzy końcem wyrostka mieczykowatego (chrząstki leżącej na dolnym końcu mostka) a środkiem pępka, 2 cun w bok od linii środkowej przedniej znajduje się punkt **Ż 21**. Uważany jest on za specyficzny punkt żołądkowy i nazywany **mistrzem bólów żołądka**.

Stosujemy go zatem zarówno przy czynnościowych (nerwicowych) bólach tego organu, jak i chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy, ostrych i przewlekłych nieżytach, a także wzdęciach i skurczach jelit.

- Dokładnie na wysokości pępka, również 2 cun na zewnątrz od linii środkowej, znajduje się punkt **Ż 25**. Używając go, możemy wpłynąć zarówno na jelita, jak i na drogi żółciowe.

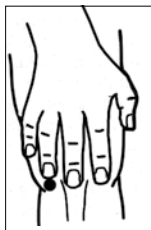
Posługujemy się nim w przypadkach wzdęć i „kruczenia” w brzuchu, stanów podrażnieniowych jelita cienkiego, nieżytów żołądka, zaburzeń dróg żółciowych, zapaleń nerek i pęcherza żółciowego, a nawet zaburzeń miesiączkowania. Jest to zatem punkt bardzo ważny.

- Idąc dalej w dół, na górnym brzegu kości łonowej, a zatem 5 cun poniżej pępka (pomiędzy tymi dwoma punktami mamy do czynienia **zawsze** z odległością 5 cun proporcjonalnych), również w odległości 2 cun od linii środkowej przedniej leży punkt **Ż 30**.

Jest on stosowany głównie w schorzeniach narządów płciowych (zwłaszcza u kobiet), bezpłodności kobiecej, jak też jako punkt pomocniczy przy bólach kręgosłupa lędźwiowego i krzyża.

- Jeśli teraz wyobrazimy sobie linię poziomą biegnącą przez górny brzeg kości łonowej oraz pionową przechodzącą przez kołec biodrowy przedni (wypukły „guzek” wystający na najbardziej wysuniętym do przodu miejscu miednicy), w miejscu, gdzie się one przetną, znajdziemy punkt **Ż 31**. Jest to przede wszystkim punkt oddziałujący na okolice stawu biodrowego, stosowany także w porażeniach kończyny dolnej, porażeniu połowicznym, reumatycznych chorobach kończyny dolnej, a także bólach okolicy krzyżowo-lędźwiowej.

- O wiele niżej, pomiędzy kością strzałkową i piszczelową, nieco poniżej główki kości strzałkowej, leży „punkt stu chorób” **Ż 36**. Jest to jeden z czterech najważniejszych punktów akupunktury, chyba najbardziej znany i najczęściej stosowany. Tak jak JG 4 rządzi wszystkim, co dzieje się powyżej pasa, tak **Ż 36** steruje wszystkim, co dzieje się poniżej, a ponadto wieloma



wskazaniami ogólnoustrojowymi. W praktyce ustala się go w ten sposób, że **pacjent** kładzie rękę nasadą dłoni na rzepce, przy czym palec środkowy leży na kości piszczelowej, mały zaś na główce kości strzałkowej. W połowie drogi pomiędzy nimi, pod wierzchołkiem czwartego palca znajduje się poszukiwany punkt.

Stosujemy go zatem w praktyce **prawie zawsze**. Ma działanie uspokajające, stosuje się go także m., in. w bezsenności i neurastenii. Przede wszystkim znany jest jednak jako **mistrz nóg**, skutecznie zwalczający bóle i objawy zmęczenia łydek i stóp. Stosują go chętnie np. tancerze i żołnierze, można go również najgoręcej polecić np. turystom. Jest również silnym punktem **immunostymulującym** i **ogólnie wzmacniającym**.

- W połowie drogi pomiędzy szczeliną stawu kolanowego a szczytem kostki zewnętrznej, pomiędzy kością strzałkową a piszczelową znajduje się punkt **przepustowy** meridianu żołądka – **Ż 40**. Łączy on ten meridian z partnerem – meridianem śledziony/trzustki. Ma ponadto działanie głównie lokalne, chociaż możemy go używać pomocniczo w schorzeniach narządów jamy brzusznej, a także klatki piersiowej.

- Jeśli pacjent siedzi lub leży ze stopami ustawionymi prostopadłe do podudzi, wówczas na przecięciu linii prowadzonej przez drugą przestrzeń międzypalcową z linią przebiegającą poziomo przez środek kostki wewnętrznej, na grzbiecie stopy leży punkt **tonizujący** meridianu – **Ż 41**. Na całe szczęście dla szukającego, znajduje się on w wyraźnie wyczuwalnym zagłębieniu. Wskazaniem do jego stosowania są przede wszystkim schorzenia stopy i podudzia, ale także zaburzenia trawienne i nerwice, szczególnie zaś tzw. nerwica żołądka.

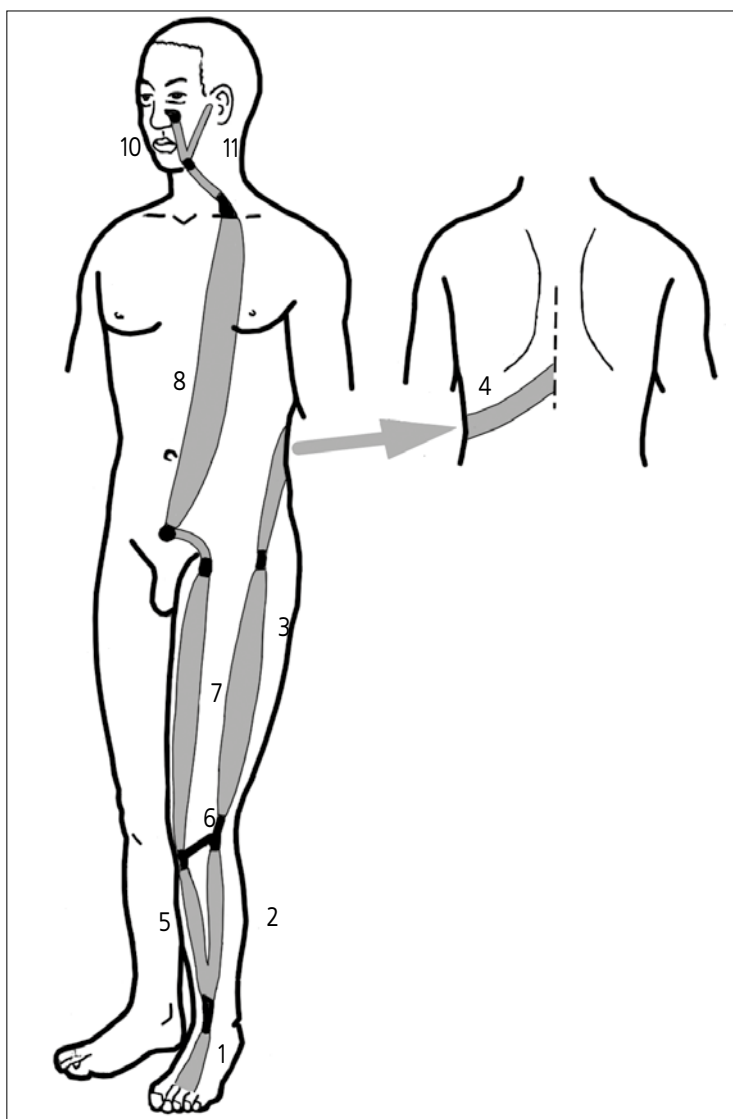
- Posuwając się dalej wzdłuż linii meridianu, docieramy wreszcie do punktu **Ż 44**, znajdującego się w odległości 0,5 cun od brzegu „płetwy” znajdującej się pomiędzy II i III palcem stopy. Jest to punkt mający działanie przede wszystkim **przeciwbólowe**. Wskazaniem do jego wykorzystania są zatem z jednej strony bóle żołądka i jelit, z drugiej zaś bóle głowy, nerwiczne kurcze strun głosowych, zapalenia zatok bocznych nosa i nieżyt ropny nosa. Ponadto, oczywiście lokalne schorzenia stawu skokowego i stopy.

- Punktem **sedatywnym** meridianu jest znajdujący się w odległości około 3 mm od dolnej krawędzi paznokcia II palca po stronie zewnętrznej punkt **Ż 45**. Pomimo jednak dość licznych wskazań w akupunkturze, w masażu jest stosowany stosunkowo rzadko, dlatego też został tu pominięty.

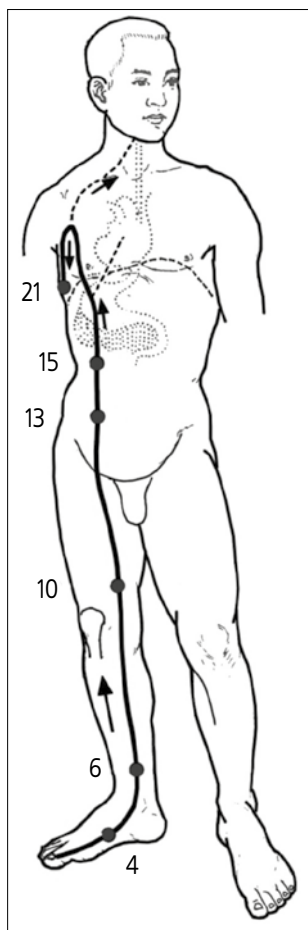
Według tradycyjnej teorii, meridianowi żołądka przypisywana jest rola „magazynu” przechowującego energię dla poszczególnych organów. Stąd też wywodzi

się stosowanie go we wszystkich zaburzeniach układu pokarmowego, jak też w zaburzeniach psychicznych wynikających z braku energii Qi.

Do **zespołu meridianowego** należą w tym przypadku zaburzenia brzuszne, meteoryzm („kruczenie” w brzuchu), bóle żołądka i jelit, wymioty, krwawienie z nosa, choroby gorączkowe oraz bóle wzdłuż meridianu. **Punkt alarmowy** zlokalizowany jest na linii środkowej przedniej, w połowie odległości pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a środkiem pępka, natomiast wspierający terapię **punkt zgodności tylnej** znajduje się na wysokości końca wyrostka kolczystego XII kręgu piersiowego (Th 12), w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej.



Podobnie jak meridian klasyczny, któremu jest podporządkowany leżący pod nim meridian ścięgnisto-mięśniowy, jest długi. Rozpoczyna swój bieg na trzech środkowych palcach stopy, łącząc je w pewnym sensie w całość i podąża grzbietem stopy (1) ku górze, rozdzielając się na przedniej powierzchni podudzia na dwie odnogi. Pierwsza z nich przebiega zewnętrzną stroną podudzia (2) do zewnętrznej strony stawu kolanowego, dalej zaś zewnętrzną powierzchnią uda (3) przez talerz biodrowy do kręgosłupa (4). Druga odnoga biegnie bardziej przyśrodkową stroną podudzia (5) do wewnętrznej strony stawu kolanowego, gdzie wąskim „mostkiem” (6) łączy się z odnogą pierwszą, następnie przyśrodkową stroną uda (7) dąży do zewnętrznych narządów płciowych. Stąd wzdłuż mięśnia prostego brzucha i dalej wzdłuż klatki piersiowej wznosi się ku górze do obojczyka (8). W dalszym przebiegu przecina szyję (9) i zuchwę obok ust i nosa do dolnego brzołu oczodołu (10) gdzie kończy bieg. Na policzku oddziela się od niego dodatkowa mała gałązka biegnąca do ucha (11).



Pierwszy obieg energetyczny zamyka **MERIDIAN ŚLEDZIONY/TRZUSTKI (S/T)**, należący do układu Yin jako „Yin stopy”.

Rozpoczyna się on na przyśrodkowej stronie palucha, dalej biegnie na granicy skóry „białej” i „czerwonej”, po czym przed kostką wewnętrzną wznosi się ku górze, sunąc po przyśrodkowej (wewnętrznej) stronie podudzia i uda. Następnie biegnie boczną powierzchnią brzucha (kilkakrotnie do niego wnika- jąc) i w odległości 3,5 cun od linii środkowej wznosi się ku górze (z kilkoma drobnymi odchyleniami) aż do punktu leżącego w drugiej przestrzeni międzyżebrowej, w odległości 6 cun od linii środkowej ciała. Stąd niespodziewanym „zwrotem” obniża się w bocznej linii ciała, aż do VI przestrzeni międzyżebrowej, gdzie w linii pachowej kończy swój bieg. Przebieg wewnętrzny wnika do ciała na wysokości żołądka, przez żołądek i śledzionę oraz serce dobiega do przetyku, a następnie aż do podstawy języka.

Znajduje się na nim 21 punktów, z których w praktyce wykorzystujemy 6.

- Pierwszym z nich jest leżący na przyśrodkowym brzegu palucha, ku przodowi i w dół od pierw-

szego stawu, na granicy skóry „białej” i „czerwonej” punkt **S/T 2**. Jest to punkt **tonizujący** meridianu, ponadto stosujemy go głównie w przypadkach zaburzeń żołądkowo-jelitowych oraz emocjonalnej labilności nerwowej, czy też nawet lekkich stanach depresyjnych (z zachowaniem omówionych wcześniej reguł dotyczących chorób psychicznych). Ponadto, oczywiście, wskazaniem do jego użycia są zaburzenia lokalne – bóle stopy i stawu skokowego.

- Drugi w kolejności jest punkt **przepustowy** meridianu – **S/T 4**, łączący go z meridianem żołądka. Leży on na granicy skóry „białej” i „czerwonej” w miejscu, gdzie rozpoczyna się (licząc od kostki) pierwsza kość śródstopia, na dolnej krawędzi tej kości.

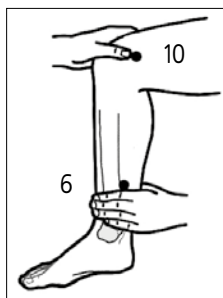
W masażu chińskim punkt ten poza swą funkcją energetyczną traktowany jest jako punkt lokalny. Jego inne, skądinąd liczne, wskazania dotyczą raczej akupunktury.

- Leżący nieco poniżej i do przodu w stosunku do kostki wewnętrznej punkt **sedatywny** meridianu – **S/T 5** – w masażu chińskim praktycznie nie znajduje zastosowania.

- Inaczej przedstawia się sprawa z leżącym na wewnętrznej powierzchni łydki, bezpośrednio na tylnej krawędzi kości piszczelowej, w odległości 3 cun powyżej wierzchołka kostki wewnętrznej punktem **S/T 6**. Jest to bowiem jeden z „wielkiej czwórki” najczęściej stosowanych i najskuteczniejszych punktów zarówno akupunktury, jak i masażu punktowego. Nosi tradycyjny tytuł **władcy krwi**, jako że reguluje ukrwienie na obszarze kończyn dolnych i miednicy (a zatem i narządów rozrodczych kobiety). Ze względu na silne działanie hormonalne jest również zwany **punktem urody kobiecej**, wpływa na zaburzenia cyklu miesiączkowego oraz bezpłodność czynnościową. Uwaga jednak – u kobiet w ciąży nie może być stosowany ze względu na ryzyko poronienia – z drugiej jednak strony, stosowany podczas porodu, wpływa korzystnie na jego przebieg! Nie stosuje się go również w czasie miesiączki (może wzmóc krwawienie). Poza tym punkt ten ma również bardzo szerokie działanie na wszystkie układy, może z wyjątkiem oddechowego. Podobnie jak i pozostałe punkty „wielkiej czwórki” jest on stosowany także przy każdej innej nadarzającej się okazji, głównie jako punkt zapobiegawczy.

Punkt ten nosi również nazwę **spotkanie trzech Yin**, ponieważ przebiegają przez niego trzy meridiany Yin stopy – śledziony/trzustki, wątroby i nerki. Dawniejsi medycy bardzo chętnie korzystali z tej okazji jednoczesnego wpłynięcia na te meridiany poprzez nakłucie jednego tylko punktu, dziś w tym charakterze stosowany jest znacznie rzadziej.

- Kolejnym ważnym punktem tego meridianu jest **S/T 10**. Położony jest on na przyśrodkowej powierzchni uda, 2 cun powyżej rzepki. W praktyce lokalizuje



się go w sposób następujący: masażysta kładzie siedzącemu przed nim pacjentowi swą prawą rękę na lewym kolanie (lub oczywiście na odwrot) tak, aby nasada dłoni spoczywała na rzepce. Koniec kciuka wskazuje w przybliżeniu na położenie punktu – należy oczywiście pamiętać o różnicy wielkości cun indywidualnego pomiędzy masażystą a pacjentem (patrz rysunek).

Wskazaniem są tu zaburzenia mięśniakowe oraz – a raczej przede wszystkim – choroby skórne o charakterze uczuleniowym, stąd tradycyjna nazwa – **punkt 100 swędzeń**.

- Dalszy punkt ma znaczenie raczej pomocnicze. Leży on na wysokości 1 cun (dokładniej 0,7 cun) powyżej górnej granicy kości łonowej, w odległości równej 4 cun od linii środkowej przedniej. Jest to punkt S/T 13, stosowany przy zaburzeniach trawiennych ze strony jelit, tzn. zaparciach, rozwołnieniach, kolkach jelitowych i wzdęciach.

Następne punkty są naprawdę ważne!

- Na wysokości pępka, 4 cun bocznie od linii środkowej przedniej, na brzegu mięśnia prostego brzucha, leży punkt S/T 15. Jest to jeden z tzw. punktów **uniwersalnych**, chociaż nie należy do „wielkiej czwórki”.

Stosuje się go wspierająco przy wszystkich zaburzeniach ze strony układu pokarmowego, kurczach mięśni kończyn oraz nieżytach górnych dróg oddechowych, a także dla wzmocnienia w stanach wyczerpania, szczególnie u asteników.

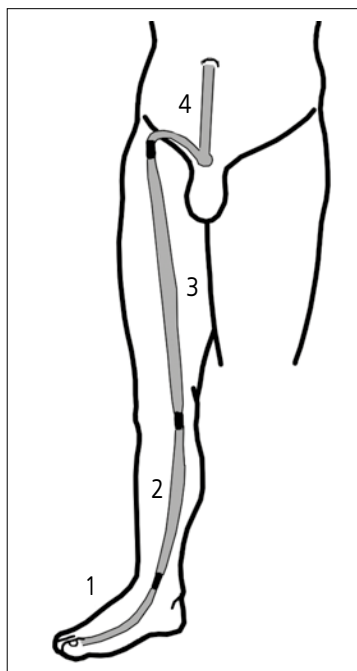
- Ostatni punkt meridianu, S/T 21, ma znaczenie szczególne. Zlokalizowany w VI przestrzeni międzykręgowej (uwaga na indywidualne wygięcie żeber), na linii pionowej wychodzącej ze środka pachy, jest znany jako tzw. **wielki punkt przepustowy**. Według tradycji starożytnej wychodzą z niego liczne kanaliki pomocnicze łączące go ze wszystkimi meridianami i narządami. Ponieważ zgodnie z tą tradycją meridian S/T odpowiada za rozdział energii pomiędzy nimi, zwany jest także niekiedy **wielkim rozdzielnikiem**.

Stosowany jest naprawdę bardzo rzadko i to raczej w stanach naprawdę ciężkich, wtedy jednak czasami doprowadza do zaskakującej poprawy, zwłaszcza u ludzi wyniszczonych chorobą, co niestety **nie dotyczy** chorób nowotworowych. Należy być jednak bardzo ostrożnym przy jego stosowaniu, ponieważ (o czym przekonałem się także we własnej praktyce) bardziej wrażliwi pacjenci potrafią przy silnym ucisku tego punktu (zwłaszcza, kiedy robimy to pałeczką) stracić nawet przytomność!

Meridian śledziony/trzustki pełni funkcje magazynujące i rozdzielające dla wszelkiego rodzaju energii, jednocześnie zaś zarządza funkcjami tkanki łącznej. Do **zespołu meridianowego** należą następujące objawy: bóle żołądka, wzdęcia, wymioty, żółtaczka (mechaniczna, nie wirusowa!), ogólne osłabienie, drętwienie języka oraz bóle na przebiegu meridianu.

Punkt alarmowy znajduje się na końcu XII żebra, zaś **punkt zgodności tylnej** położony jest na wysokości końca wyrostka kolczystego XI kręgu piersiowego (Th 11), jak zwykle w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej.

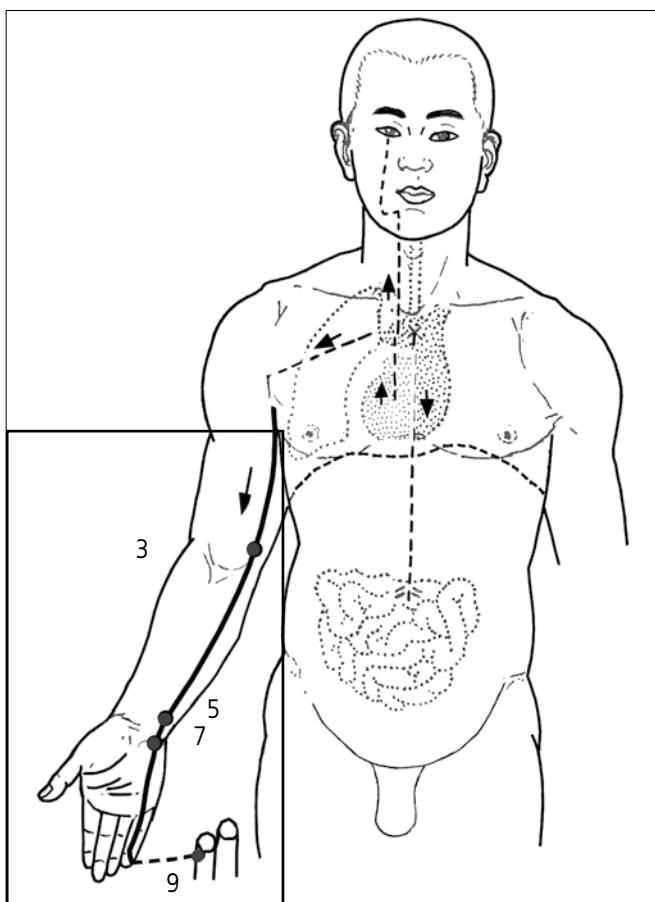
Meridian ścięgno-mięśniowy rozpoczyna się na przyśrodkowej powierzchni palucha, biegnie do kostki wewnętrznej (1), następnie zaś przez podudzie (2) i udo (3) dociera do pachwiny i narządów płciowych, skąd z kolei wznosi się do pępka (4). Tu wnika do wnętrza ciała owijając się wokół narządów wewnętrznych, co, oczywiście, nie jest już przydatne dla masażu.



W ten sposób zamknęliśmy pierwszy krąg energetyczny. Obieg energii trwał 8 godzin, od godz. 3 do godz. 11.

Drugi obieg energetyczny

Drugi obieg energetyczny rozpoczyna się od jednego z najkrótszych meridianów, jakim jest **MERIDIAN SERCA (S)**. Jako pierwszy w obiegu jest on oczywiście, niejako automatycznie, meridianem **Yin ręki** i jako taki rozpoczyna się od przebiegu wewnętrznego.



Początek swój bierze w sercu, skąd odchodzą trzy jego odgałęzienia. Dwa mniej ważne biegną w górę i w dół ciała. Pierwsze z nich przebiega pod mostkiem i wzdłuż tchawicy, dobiega do ust, okrąża je i przecinając policzek, dochodzi do dolnego brzegu oczodołu. Drugie opada w dół, przez przeponę dochodzi do jelita cienkiego, po czym zawraca do serca. Główna gałąź natomiast biegnie od serca poprzez płuca do dołu pachowego, gdzie przebija skórę, tworząc początek przebiegu zewnętrznego. Z tego miejsca, już jako meridian klasyczny biegnie

brzegiem wewnętrznej powierzchni ramienia do stawu łokciowego, przechodzi przezeń i krawędzią przedramienia po stronie łokciowej (a zatem na przedłużeniu palca małego) schodzi do stawu nadgarstkowego. W dalszym ciągu, idąc wzdłuż V kości śródręcza, dobiega do palca małego, skręca na jego powierzchnię grzbietową i kończy swój bieg w odległości ok. 3 mm od wewnętrznego kąta nasady paznokcia.

Na przebiegu zewnętrznym meridianu serca znajduje się 9 punktów, z których w praktyce wykorzystujemy 4.

- Jeśli przedramię dociśniemy całkowicie do ramienia, tak jak to robiliśmy, szukając punktu JG 11 (pamiętamy, aby dłoń była skierowana ku górze) po przeciwnej stronie stawu łokciowego, na końcu linii zgięciowej od strony palca małego znajdujemy w małym zagłębieniu punkt S 3. Tradycyjna medycyna chińska nazywa go „punktem radości życia” i stosuje chętnie w leczeniu tremy, lęków przedegzaminacyjnych, oraz stresów i stanów przygnębienia mających realne, uzasadnione przyczyny. Jest to jedno z niewielu wskazań „psychicznych”, które można stosować bez obawy, zwłaszcza w połączeniu z odpowiednimi ćwiczeniami oddechowo-relaksacyjnymi lub np. elementami jogi.

- W okolicy nadgarstka znajdują się dwa punkty oddalone od siebie zaledwie o 1 cun. Jeśli przyjrzymy się tzw. zgięciu nadgarstkowemu stanowiącemu pierwszą linię, licząc od strony dłoni, po stronie łokciowej (czyli na przedłużeniu małego palca) łatwo wyczujemy wystającą kostkę, która nosi nazwę kości grochowatej. Na przecięciu się tej kostki z linią zgięcia – od strony dłoni – leży punkt S 7. Drugi z szukanych punktów – S 5, leży na tej samej wysokości, tzn. około 1 cun od krawędzi przedramienia, ale 1 cun bliżej łokcia, praktycznie zaś w połowie odległości pomiędzy drugą i trzecią linią nadgarstka.

Obydwa te punkty z racji wzajemnej bliskości masujemy przeważnie razem, zresztą i wskazania do ich stosowania są zbliżone, obejmując bóle i kołatania serca pochodzenia nerwicowego, zawroty głowy na tle krążeniowym (np. związane ze zmianami ciśnienia), nadczynność tarczycy, stany lękowe i bezsenność.

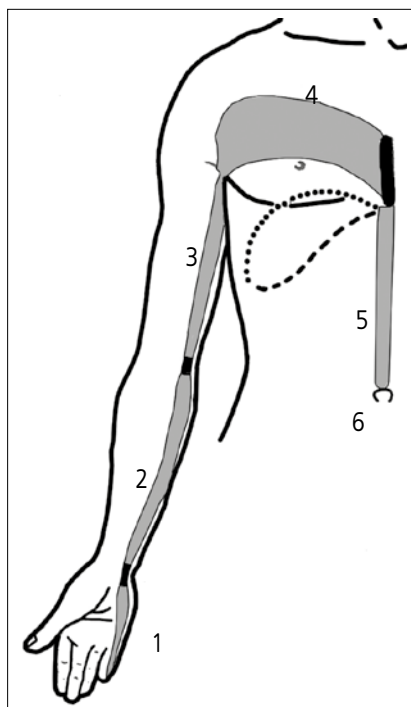
Inny charakter mają natomiast ich wskazania energetyczne: gdy chodzi nam o wyrównanie poziomu energii pomiędzy meridianem serca (przy jej nadmiarze) a jego partnerem – meridianem jelita cienkiego, stosujemy masaż jedynie punktu S 5, będącego **punktem przepustowym** meridianu, natomiast S 7 jest jego **punktem sedatywnym**.

- Na końcu palca małego, w odległości ok. 3 mm od wewnętrznego kąta nasady paznokcia leży kończący meridian punkt S 9, będący jednocześnie jego **punktem tonizującym**. Stosuje się go pomocniczo w podobnych przypadkach jak

poprzedzające S 5 i S 7. Najważniejszym jednak wskazaniem dla jego stosowania są omdlenia w stanach skokowego obniżenia się ciśnienia krwi, jest to bowiem punkt **reanimacyjny**, w sposób niekiedy wręcz spektakularny je podnoszący (może zastąpić skutecznie filiżankę kawy, jednak bez jej ubocznego działania na żołądek).

Według tradycji chińskiej, meridian serca odpowiedzialny jest przede wszystkim za psychikę, przy czym pojęcie to odbiega nieco od używanego w dzisiejszych czasach. Jest ono bliższe bowiem naszemu pojęciu serca jako siedziby uczuć i emocji. Działa zatem na stany zaburzeń emocjonalnych, lęki, a także na stany psychiczne, takie jak złość, nienawiść, gniew. **Zespół meridianowy** obejmuje również takie objawy, jak suche dłonie, bóle okolicy serca, pragnienie, odczucie gorąca w dłoniach oraz bóle wzdłuż przebiegu meridianu.

Punkt alarmowy meridianu serca znajduje się na linii środkowej przedniej, w 1/4 odległości pomiędzy końcem wyrostka mieczykowatego (chrząstki znajdującej się na samym dole mostka) a środkiem pępka. Niekiedy możemy w punkcie tym stwierdzić, poza podwyższoną wrażliwością na ból, także wyraźne zgrubienie skóry i tkanki podskórnej. **Punkt zgodności tylnej** leży na wysokości wyrostka kolczystego V kręgu piersiowego (Th 5), jak zwykle w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej.

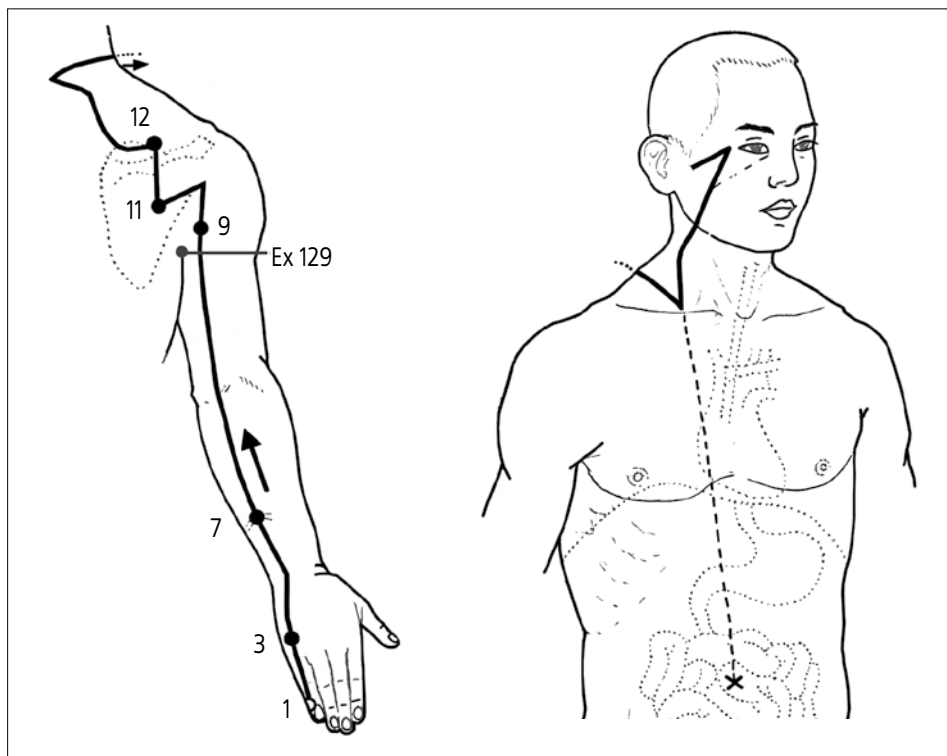


Meridian ścięgno-mięśniowy przyporządkowany meridianowi serca rozpoczyna się na wewnętrznej stronie palca małego. Następnie ciągnie w górę do stawu nadgarstkowego (1), skąd wewnętrzną stroną przedramienia (2) i ramienia (3) dobiega do dołu pachowego. W tym miejscu skręca łukiem na środkową część klatki piersiowej i kończy swój bieg na linii środkowej przedniej w dolnej części mostka, praktycznie na wysokości serca (4). Z tego miejsca wypuszcza wąską odnogę łączącą mostek z pępkiem (5).

Parą dla omówionego uprzednio meridianu jest należący do układu Yang **MERIDIAN JELITA CIENKIEGO (JC)**.

Jak każdy meridian Yang ręki, rozpoczyna się on od przebiegu zewnętrznego, w punkcie leżącym w odległości ok. 3 mm

od zewnętrznego kąta nasady paznokcia palca małego (a zatem po przeciwnej stronie paznokcia niż punkt S 9). Biegąc po zewnętrznej krawędzi nadgarstka, przedramienia i ramienia, dochodzi do okolicy stawu barkowego, gdzie następuje jego rozdzielenie. Przebieg wewnętrzny podąża poprzez dół nadobojczykowy, serce i żołądek do jelita cienkiego, od którego bierze swą nazwę. Natomiast przebieg zewnętrzny po charakterystycznym załamaniu biegnie wzdłuż barku w stronę kręgosłupa, następnie przechodzi na szyję i wznosi się w okolicę żuchwy (dolnej szczęki), policzka i zewnętrznego kąta oka. Kończy się przy uchu, a raczej w nim, jako że, przynajmniej według niektórych autorów, po ostatnim punkcie zewnętrznym wnika w jego głębi.



Na zewnętrznym przebiegu tego meridianu znajduje się 19 punktów, spośród których w praktyce masażu wykorzystujemy 8.

- Pierwszym z nich jest początkowy punkt meridianu – JC 1, którego lokalizację już znamy.

Jest to ważny punkt **reanimacyjny**, stosowany łącznie ze znajdującym się po przeciwnej stronie palca S 9. Dalszymi wskazaniemi do jego stosowania są choroby błon śluzowych oka i jamy nosowo-gardłowej, bóle głowy, lokalnie zaś

bóle dłoni i przedramienia. Stosowany jest również przez karmiące matki w celu zwiększenia wydzielania mleka.

- Kiedy zaciskamy pięść, po zewnętrznej stronie dłoni, nad stawem łączącym mały palec z V kością śródręcza powstaje charakterystyczny fałd. Na jego końcu, na granicy pomiędzy skórą „białą” i „czerwoną” znajduje się punkt **JC 3**, spełniający na tym meridianie funkcję punktu **tonizującego**. Ma on bardzo silne działanie na błony śluzowe (szczególnie układu pokarmowego) dlatego też stosowany jest chętnie i często w schorzeniach jelit o różnym charakterze. Ponadto stosowany jest również przy kręczy karku (skurczu mięśni, powodującym „skrzywienie głowy”), drętwieniu i bólach dłoni, a także w zaburzeniach narządu słuchu oraz zapaleniu spojówek.

- Następny z kolei punkt – **JC 7** – jest nieco trudniejszy do odnalezienia. Znajduje się on bowiem na krawędzi przedramienia w odległości 5 cun powyżej stawu nadgarstkowego, jednak nie na samej kości łokciowej, a na brzegu mięśnia nad nią przebiegającego, noszącego miano *prostownika łokciowego nadgarstka* (tu warto zajrzeć do atlasu anatomicznego...). Kiedy zatem odmierzymy odległość, zaczniemy obmacywać ten mięsień wzdłuż linii prostopadłej do kości, na pewno znajdziemy poszukiwany punkt, jako że przy dotyku jest on dość bolesny.

Jest to punkt **przepustowy** meridianu (łączący go z meridianem serca), poza tym ma jednak znaczenie raczej pomocnicze, będąc stosowany głównie w przypadku kręczy karku, wzmożonego napięcia mięśni przedramienia, dłoni i palców oraz sztywności mięśni szyi i karku. Tradycja przypisuje mu jednak również istotne znaczenie w leczeniu psychoz.

- Gdy zegnijemy rękę w łokciu, wówczas na tylnej powierzchni stawu łokciowego, w zagłębieniu pomiędzy nadkłykiem przyśrodkowym, a wyrostkiem łokciowym znajdziemy punkt **sedatywny** meridianu, którym jest **JC 8**. Poza tą rolę ma on działanie jedynie lokalne.

- Idąc dalej w górę, wzdłuż przebiegu meridianu, dochodzimy do tylnej powierzchni ramienia. Znajduje się tam punkt **JC 9**, którego jednak nie omawiam, ponieważ w masażu dużo częściej korzystamy z umiejscowionego w pobliżu nie leżącego na meridianie punktu dodatkowego, noszącego nazwę **Extra 129**. Znajduje się on bezpośrednio na szczycie fałdu pachowego tylnego, przy swobodnie zwisającej ręce. Wskazaniem do jego stosowania są ograniczenia ruchu w stawie barkowym, zwłaszcza zaś ograniczenie podnoszenia ramienia w górę. Jeśli jednak ktoś koniecznie pragnie znaleźć punkt **JC 9** – proszę bardzo! Znajduje się on 1 cun powyżej szczytu fałdu pachowego (przy ręce dociśniętej do klatki piersiowej).

- Mniej więcej w 1/3 wysokości (licząc od góry) łopatki, będącej kością w przybliżeniu trójkątną, znajduje się wyczuwalne zgrubienie przecinające łopatkę, a następnie przechodzące w tzw. wyrostek barkowy, łączący łopatkę ze stawem barkowym. Zgrubienie to nazywamy **grzebieniem łopatki**. Przy odwiedzonym w bok ramieniu, ponad punktem JC 9, na poziomie tego właśnie grzebienia znajduje się punkt w zasadzie mało istotny, który jednak umieszczam tu na wyraźną prośbę pań uczestniczących w moich kursach... Jest to punkt **JC 10**, któremu tradycja przypisuje działanie odchudzające (należy wywoływać intensywne odczucie De Qi!). Przyznam się jednak, że w osobistej praktyce tego nie sprawdzałem, posługując się w tym celu raczej innymi punktami. Poza tym, podobnie jak JC 9 i Extra 129, ma on znaczenie głównie lokalne, odnoszące się do zaburzeń w rejonie stawu barkowego.

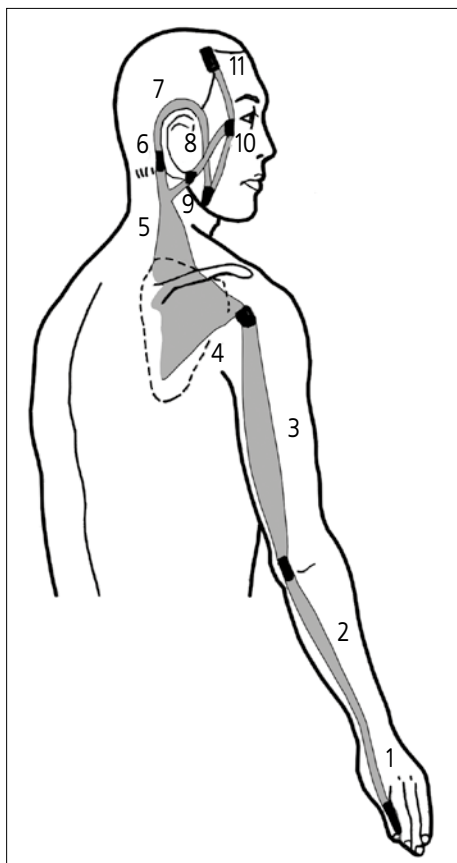
Na łopatce znajdują się dwa punkty. Dla ich lokalizacji musimy przypomnieć sobie, że powyżej i poniżej grzebienia łopatki wyczuwamy wyraźne wgłębienia. Dolne z nich nazywamy *dołem podgrzebieniowym*, górne *dołem nadgrzebieniowym*.

- W środku dołu podgrzebieniowego znajduje się punkt **JC 11**, stosowany w przypadkach bólów w zewnętrznej części ramienia, a także przy ostrych, „łamiących” bólach łopatki oraz górnej części grzbietu. Stosuje się go również w przypadkach czkawki.

- Dokładnie nad nim, w centrum dołu nadgrzebieniowego (a zatem „po drugiej stronie” grzebienia) położony jest punkt **JC 12**. Wskazaniami do jego wykorzystania są bóle stawu barkowego oraz kurcze i niedowłady mięśni okolicy łopatki oraz kończyny górnej.

Meridian jelita cienkiego zgodnie z tradycją odpowiedzialny jest za rozdzielanie i odpowiednie „przekształcanie” poszczególnych składników pożywienia. Dziś określany jest on jako mający właściwości rozkurczowe i oddziałujący na błony śluzowe, zwłaszcza układu pokarmowego. Zespół meridianowy stanowią bóle podbrzusza, zaburzenia słuchu, szum w uszach, opuchnięcie policzka i żuchwy oraz bóle gardła, a także – jak w każdym meridianie – bóle wzdłuż jego przebiegu.

Punkt alarmowy znajduje się na linii środkowej przedniej, w 2/5 odległości pomiędzy środkiem pępka (licząc od niego) a górną krawędzią spojenia łonowego. Nieco trudniej jest znaleźć właściwą lokalizację **punktu zgodności tylnej**, jako że leży on w zagłębieniu pomiędzy kością krzyżową a kolcem biodrowym tylnym, na wysokości pierwszego otworu kości krzyżowej (znowu nie obejdzie się bez konsultacji z atlasem...). Masując jednak dokładnie brzeg kości krzyżowej, na pewno stymulować będziemy i ten punkt.



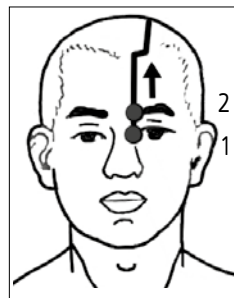
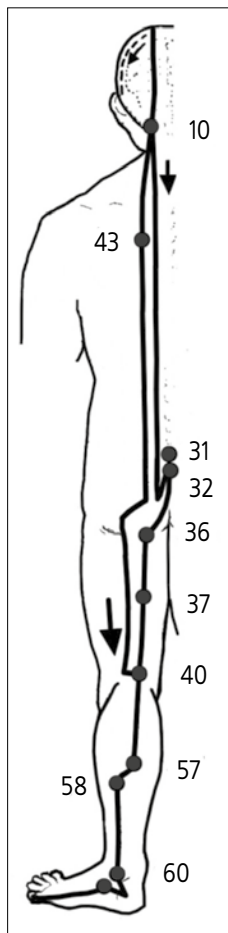
Przyporządkowany do tego meridianu meridian ścięgnisto-mięśniowy rozpoczyna się na grzbietowej stronie palca małego, a następnie przebiega brzegiem dłoni (1) i dalej wzdłuż krawędzi przedramienia (2) oraz ramienia (3). Z okolicy stawu barkowego biegnie do łopatki (4), skąd wznosi się wzdłuż szyi (5). Nieco poniżej dzieli się na dwie gałązki. Jedna z nich przez wyrostek sutkowaty obiega ucho (6), wypuszczając odnogę prowadzącą w głąb tego narządu, przebiega wokół czubka ucha (7) i opada do brzegu żuchwy (8), następnie zaś z kolei wznosi się do zewnętrznego kąta oka. Druga gałązka biegnie poniżej ucha (9), po czym dobiega również do kąta zewnętrznego oka, gdzie spotyka się z gałązką pierwszą (10), skąd ciągnie ku skroni, gdzie się kończy (11).

A teraz mamy przed sobą coś naprawdę trudnego!

Meridian, którym mamy zamiar obecnie się zająć, jest **NAJ**dłuższy, **NAJ**bardziej skomplikowany, ale także chyba **NAJ**bardziej wszechstronny w zastosowaniu. Co najmniej kilkakrotnie zetknąłem się już w życiu z ludźmi, którzy uważając się za terapeutów masażu chińskiego, znali z całej jego teorii jedynie przebieg tego meridianu (a i to jedynie z grubsza...) oraz wskazania dotyczące kilku, najwyżej kilkunastu leżących na nim punktów (no i oczywiście kilka technik...). Z tą nikłą wiedzą funkcjonowali jednak zupełnie nieźle, a co najważniejsze, mogli pochwalić się całkiem pokaźną liczbą pacjentów, którym ich zabiegi przyniosły jeśli nie wyleczenie, to przynajmniej znaczną ulgę. I jakkolwiek to zabrzmiało, być może, nieco dziwnie, nie ma w tym absolutnie nic niezwykłego. Pamiętajmy bowiem, że w praktyce masażyści (także „chińskiego”) prawie 70% pacjentów przychodzi z dolegliwościami dotyczącymi kręgosłupa, szczególnie lędźwiowego. Meridian ten jest w takich przypadkach rzeczywiście najważniejszy i wykonując zabiegi dotyczące zarówno najczęściej spotykanych w praktyce

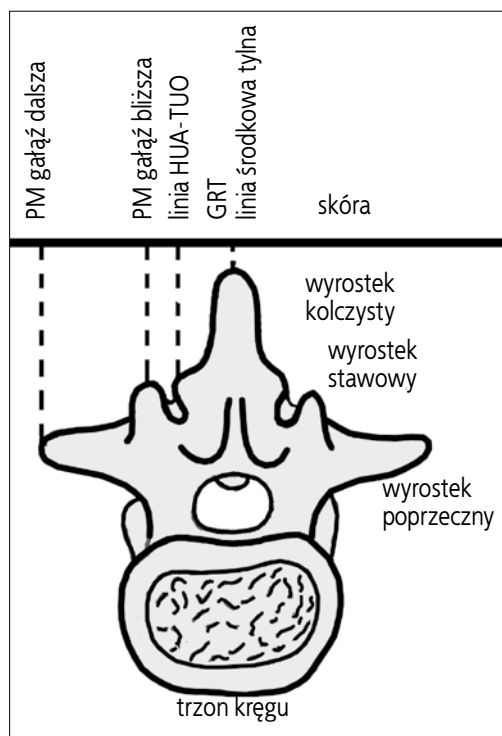
przypadłości, jakimi są bóle grzbietu i krzyża, rwa kulszowa czy też bóle głowy, jak i schorzeń organów wewnętrznych można sobie od biedy dać radę i bez znajomości innych meridianów. Będzie to oczywiście terapia mocno uproszczona, niemniej w większości przypadków wystarczająco skuteczna. Tak zupełnie po cichu muszę się zresztą przyznać, że i ja, zwłaszcza kiedy jestem już zmęczony, a przypadek nie jest skomplikowany, ze sposobu tego korzystam... Przyjrzyjmy się zatem temu „królowi meridianów”.

MERIDIAN PĘCHERZA MOCZOWEGO (PM) – o nim to bowiem była i będzie mowa – jest, jako trzeci w obiegu, tzw. długim Yangiem stopy i w związku z tym przebiega po zewnętrznej (w tym przypadku grzbietowej) powierzchni ciała, zaczynając się, jak wszystkie, na głowie, kończąc zaś na stopach. Jego przebieg zewnętrzny (a pamiętam, że w przypadku długich Yang przebieg wewnętrzny ma znaczenie marginalne) rozpoczyna się w kącie wewnętrznym oka, po czym wznosi się ku górze, biegnąc przez czoło, okolice ciemieniową i szczyt głowy aż do potylicy. W tym miejscu rozdziela



się na dwie gałęzie. Pierwsza z nich (bliższa) przebiega w dół grzbietu w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej, czyli przebiegającej wierzchołkami wyrostków kolczystych kręgosłupa, przechodzi przez pośladek i tylną powierzchnię uda, po czym kończy się w dole podkolanowym. Druga gałąź (dalsza) przebiega równolegle do pierwszej, jest jednak od niej oddalona o kolejne 1,5 cun, przebiega zatem w odległości 3 cun od linii środkowej tylnej.

Jeśli przyjrzymy się typowej budowie kręgu, zauważymy, że linia bliższa leży na wysokości stawów międzykręgowych, dalsza zaś nad końcami wyrostków poprzecznych. W tym miejscu od razu możemy dodać, że istnieje jeszcze jedna linia, nienależąca wprawdzie do układu meridianów, a przebiegająca w odległości 0,5 cun od linii wyrostków kolczystych (a zatem u ich podstaw), zwana **linią HUA-TUO** od nazwiska wspomnianego już przy okazji omawiania diagnostyki pulsowej wielkiego lekarza chińskiego z II w. n.e., który pierwszy ją opisał.



Punkty leżące na tej linii mają identyczne wskazania, co leżące na linii bliższej meridianu, jednak wykorzystuje się je głównie w stanach ostrych. Linia ta jest bardzo przydatna w praktyce, ze względu na bardzo wygodną technikę stosowanego w tym przypadku masażu.

Wyprzedzając nieco temat, możemy tu powiedzieć, że linia końców wyrostków kolczystych (czyli linia środkowa tylna) oraz parzyste, symetryczne linie HUA-TUO, a także bliższe i dalsze gałęzie meridianu klasycznego tworzą tzw. **układ 7 linii**, stanowiący podstawę leczenia masażem chińskim chorób wewnętrznych.

Linia HUA-TUO kończy się wraz z kręgosłupem, natomiast pierwsza

i druga gałąź meridianu łączą się w dole podkolanowym, po czym podążają w dół do tylnej powierzchni podudzia i przebiegając pomiędzy ścięgnem Achillesa a kostką zewnętrzną, przechodzą na zewnętrzny brzeg stopy. Dalsza jego droga prowadzi granicą pomiędzy skórą „białą” a „czerwoną” aż do małego palca stopy.

Na wysokości kręgosłupa lędźwiowego od przebiegu zewnętrznego oddziela się stosunkowo krótka gałązka wewnętrzna, która po przebicciu skóry dochodzi do nerek i dalej do pęcherza moczowego, od którego meridian bierze swą nazwę.

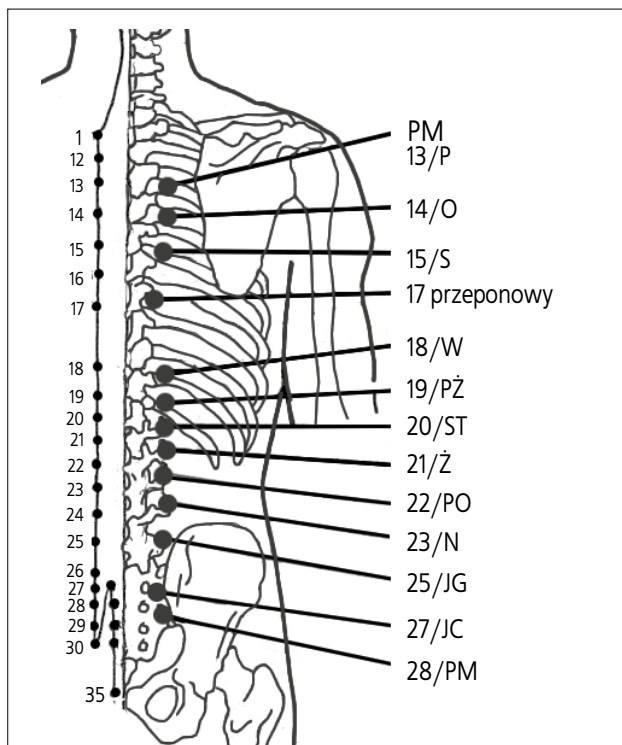
Na linii meridianu klasycznego leży aż 67 punktów, spośród których najważniejsze dla nas są 23.

Dla potrzeb praktyki dzielimy je na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowią często już wspomniane **punkty zgodności tylnej (PZT)**, przyporządkowane poszczególnym meridianom, a co za tym idzie i związanym z nimi narządom. Zgodnie z tradycją, przez te właśnie punkty energia kosmiczna (Qi kosmiczne) wpływa do poszczególnych narządów. Punkty PZT masowane łącznie z leżącymi zawsze na przedniej powierzchni ciała punktami alarmowymi, wyrównują energetykę organizmu, jako że przód ciała należy do układu Yin (poza obszarem meridianu żołądka będącego Yang), strona grzbietowa zaś do układu Yang.

Wszystkie PZT leżą zatem na bliższej gałęzi meridianu pęcherza moczowego. Stosujemy je najczęściej dla wsparcia terapii przypadków schorzeń związanych z poszczególnymi organami lub w razie wystąpienia zespołów meridianowych. Lokalizację ich określamy poprzez oznaczenie położenia wysokości końca **wyrostka kolczystego** danego kręgu. Jeśli zatem położenie punktu określimy jako „leżący na wysokości IV kręgu piersiowego”, oznaczać to będzie właśnie położenie **końca** wyrostka kolczystego tego kręgu (pamiętać należy przy tym, że koniec wyrostka kolczystego w odcinku piersiowym kręgosłupa leży od 1,5 do 2 cun poniżej poziomu trzonu kręgu), nie zaś położenie samego **trzonu**!

Do grupy tej należy 13 parzystych punktów, ułożonych, jak już wiemy, symetrycznie w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej po obydwóch stronach kręgosłupa. Położenie ich oznaczać będziemy w poniższej tabeli zgodnie z tzw. *zapisem europejskim*.

I tak: kręgi szyjne oznaczamy literą C, piersiowe Th, lędźwiowe L, kość krzyżową S. A zatem np. następujący zapis: PM 13 – PZT płuc – Th 3 oznaczać będzie, że punkt zgodności tylnej meridianu płuc, oznaczony symbolem PM 13 (czyli 13. punkt meridianu pęcherza moczowego), leży na wysokości końca wyrostka kolczystego trzeciego kręgu piersiowego, w odległości 1,5 cun indywidualnych (pacjenta) od linii środkowej tylnej.



Przejdźmy zatem do listy 13 punktów zgodności tylnej:

Lokalizacja punktu	Wskazania
PM 13 – PZT płuc – Th 3	Astma oskrzelowa, kaszel, duszności, zapalenie oskrzeli i płuc, stany gorączkowe związane z chorobami dolnych dróg oddechowych i płuc, a także bóle kręgosłupa piersiowego i szyjnego.
PM 14 – PZT osierdzia – Th 4	Jak w punkcie poprzednim, ponadto w przypadkach bólów serca i okolicy, zapalenia osierdzia (wyłącznie za zgodą prowadzącego leczenie internisty) oraz w odczuciu niczym nie uzasadnionej „słabości” w klatce piersiowej – pochodzenia nerwowego.
PM 15 – PZT serca – Th 5	Niemiarowość akcji serca, kołatanie serca, stany lękowe, zaburzenia psychiczne, jak histeria, neurastenia, osłabienie pamięci. Stosuje się go także w leczeniu dzieci cierpiących na zaburzenia rozwojowe. Wskazania te oparte są wyłącznie na źródłach tradycyjnych i związane z omówioną już „psychiczną” rolą meridianu serca. Według norm europejskich są one bardzo wątpliwe, zaś wykonywanie masażu w takich przypadkach musi być bardzo starannie konsultowane z leczącym psychiatrą. W przeciwnym bowiem przypadku dojść może do poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, co dla masażysty może oznaczać nawet odpowiedzialność karną (o cywilnej nawet nie wspominając...). Na pewno nie są to przypadki dla masażysty amatora!
PM 17 – punkt przeponowy – Th 7	Punkt ten nie jest PZT, jednak tradycyjnie włącza się go do tej grupy ze względu na lokalizację. Wskazania obejmują astmę oskrzelową, kaszel, czkawkę, porażenie przepony, atonicznych schorzeniach przewodu pokarmowego oraz bólach grzbietu i krzyża. Przede wszystkim jednak stymulacja tego punktu zwiększa ruchomość przepony – naszego największego mięśnia oddechowego – co jest przydatne w rehabilitacji chorób płuc, a także w szkoleniu śpiewaków, aktorów itp.
PM 18 – PZT wątroby – Th 9	Schorzenia wątroby i dróg żółciowych, wzdęcia i bóle żołądka, także zaburzenia snu, trudności z zasypianiem, stany lękowe i fobie. W tych ostatnich wskazaniach obowiązują zastrzeżenia wymienione przy punkcie zgodności serca! Punkt ten jest chętnie stosowany w przypadku ogólnego braku energii u pacjenta.
PM 19 – PZT pęcherzyka żółciowego – Th 10	Zapalenie pęcherzyka żółciowego, schorzenia wątroby, bóle i odczucie ciężaru w nadbrzuszu, nudności, odbijanie się. Wszystkie te wskazania, aczkolwiek pozornie banalne, mogą być jednak objawami poważnych chorób, z tego też względu – jeśli zebrane przez nas informacje nie wyjaśniają jednoznacznie sprawy (np. przejedzenie się tłustymi potrawami), zaczekajmy na rozpoznanie lekarskie. Choroby wątroby są przeważnie bardzo trudne w leczeniu, nie maskujmy zatem objawów pozorną poprawą!
PM 20 – PZT śledziony/trzustki – Th 11	Oslabienie kończyn, zaburzenia przemiany materii, choroba wrzodowa żołądka, zaburzenia trawienia, biegunka, stany zapalne żołądka i jelit, zapalenia trzustki i śledziony, cukrzyca, anemia. Są to przeważnie schorzenia bardzo poważne, zatem i tu przypominam o zasadzie, że „przed terapią Bóg postawił diagnozę”, a ta naprawdę nie należy do masażysty.

PM 21 – PZT żołądka – Th 12	„Punkt mistrzowski” żołądka. Ponadto praktycznie te same wskazania, co w punkcie poprzednim.
PM 22 – PZT potrójnego ogrzewacza – L 1	Choroby nerek, zaburzenia oddawania moczu, bóle kręgosłupa lędźwiowego, ponadto te same wskazania co w punkcie PM 20.
PM 23 – PZT nerek – L 2	Schorzenia układu moczowego, bóle okolicy lędźwiowej, także impotencja, anorgazmia, nieregularne miesiączkowanie, zaburzenia słuchu i szum w uszach o nieznanym podłożu.
PM 25 – PZT jelita grubego – L 4	Choroby jelit, żylaki odbytu (hemoroidy), zaburzenia czynnościowe jelita grubego (zarówno zaparcia, jak i biegunki), choroby pęcherza moczowego, rwa kulszowa.
PM 27 – PZT jelita cienkiego – S1	Na brzegu kości krzyżowej, na wysokości pierwszego otworu kości krzyżowej. Bóle brzucha, zaparcia, wzdęcia, także zaburzenia stawów krzyżowo-biodrowych (łączyjących kość krzyżową z miednicą).
PM 28 – PZT pęcherza moczowego – S 2	Na brzegu kości krzyżowej, na wysokości drugiego otworu kości krzyżowej. Choroby pęcherza moczowego, jajników, gruczołu sterczowego (prostaty), zewnętrznych narządów płciowych, impotencja, anorgazmia, schorzenia stawów krzyżowo-biodrowych, rwa kulszowa.

Punkty zgodności tylnej w połączeniu z innymi odpowiednio dobranymi punktami (np. omówionymi przy każdym meridianie punktami alarmowymi) mają olbrzymie znaczenie diagnostyczne i terapeutyczne, stanowiąc m.in. podstawę rozpoznania. Przez rozpoznanie nie należy tu jednak rozumieć diagnozy chorób, co jest wyłącznym prawem i przywilejem lekarza, a jedynie odpowiedni dobór meridianów, punktów i technik znajdujących zastosowanie w danej jednostce chorobowej.

Drugą grupę stanowią punkty niepowiązane w jakąś całość, a stanowiące po prostu wybór spośród najistotniejszych dla terapeuty masażysty.

- Pierwszym z nich jest punkt **PM 2**, leżący na przyśrodkowym końcu brwi, nieco powyżej wewnętrznego kąta oka. Jest to w pierwszym rzędzie punkt **przeciwbólowy**. Stosuje się go zatem w przypadkach czołowych bólów głowy, chorobach oczu oraz w nerwobólach i uszkodzeniach pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego, przebiegającej od ucha przez czoło, bezpośrednio nad brwiami.

Łącznie z pozostającym poza systemem meridianów punktem **Extra 3**, leżącym u nasady nosa, w miejscu gdzie krzyżują się przedłużone w myśli linie brwi oraz leżącym poniżej PM2, w wewnętrznym kącie oka **PM 1** punkt ten jest również bardzo skuteczny w leczeniu stanów zapalnych zatok czołowych.

- Jeśli powoli przesuniemy palcem od środka podstawy potylicy najpierw w dół, na odległość 1 cun, a następnie w kierunku na zewnątrz, w odległości ok. 1,5 cun, „wpadnie” on w małe zagłębienie, leżące na bocznej powierzchni

mięśnia czworobocznego. W tym miejscu leży odpowiedzialny (przynajmniej w pewnym stopniu) za ukrwienie mózgu punkt **PM 10**.

Stosuje się go w przypadkach tzw. rwy potylicznej, czyli nerwobólu promieniującego od potylicy ku górze, migreny, kręczu karku, ale także zapalenia gardła, nieżyty nosa i zapaleń zatok bocznych nosa. Jego masaż poprawia także ukrwienie mózgu (zwłaszcza w połączeniu z Extra 3), a poprzez wpływ na nerw błędny, obejmujący swym działaniem wiele narządów wewnętrznych, ma (wspólnie z omawianym dalej PŻ 20) pośredni wpływ także na ich działanie. Oddziałuje również korzystnie w przypadkach schorzeń oczu.

- Punkty **PM 31** i **PM 32** znajdują się odpowiednio nad pierwszym i drugim otworem kości krzyżowej. Znaleźć je jest zatem dość trudno (szczególnie u osób „puszystych”), jednak masując intensywnie powierzchnię całej kości krzyżowej, z całą pewnością stymulujemy i te punkty w sposób zupełnie wystarczający.

Znajdują one zastosowanie w leczeniu bólów krzyża i rwy kulszowej, ale także w przypadku żylaków odbytu (hemoroidów), schorzeń układu moczopłciowego oraz przy nieregularnym miesiączkowaniu. Działający dość silnie hormonalnie punkt **PM 31** jest uznawany tradycyjnie za **punkt mistrzowski klimakterium**, a zatem schorzeń i objawów z okresem tym związanych.

- Dokładnie pośrodku fałdu pośladkowego położony jest punkt **PM 36**. Stosujemy go najczęściej w przypadkach rwy kulszowej, bólów krzyża oraz przy nieregularnym miesiączkowaniu. Są to zatem wskazania raczej lokalne, bardzo zbliżone do wskazań dla punktów poprzednich.

- Poza kolejnością wynikłą z numeracji wymienimy tu praktycznie jedyny stosowany w masażu punkt dalszej (drugiej) gałęzi meridianu. Leży on niejako w ukryciu i aby go znaleźć, należy pacjenta poprosić, aby skłonił głowę i wysunął ramiona do przodu, tworząc w ten sposób mały garb. Przy wewnętrznym brzegu łopatki, na wysokości końca wyrostka kolczystego Th 4 wyczuwamy dość wrażliwy na ucisk punkt **PM 43**.

Przypisywane jest mu działanie na nadnercza, skąd nosi on czasami nazwę **punktu kortyzyonowego**, stosowany jest zaś przy bólach ramion i pleców, kaszlu oraz zapaleniu płuc i oskrzeli. Jest jednak przede wszystkim bardzo silnym punktem **wzmacniającym** przy wyniszczeniu organizmu, uważanym za punkt **krwiotwórczy**, jako że rzeczywiście poprawia laboratoryjny obraz krwi, zwłaszcza w zakresie krwinek czerwonych.

- Dokładnie w połowie odległości pomiędzy punktem **PM 36** a omawianym dalej **PM 40** leży punkt **PM 37**. Stosowany jest on w zasadzie jedynie w przypadkach rwy kulszowej.

- W samym środku poprzecznego zgięcia dołu podkolanowego znajduje się punkt **PM 40**.

Wskazaniem do jego stosowania są choroby pęcherza moczowego związane z czynnością zwieraczy (nieдержание mocz, moczenie nocne), przede wszystkim jednak bóle lędźwi i dolnej części grzbietu, także rwa kulszowa, porażenie kończyn dolnych, zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych i schorzenia stawu kolanowego. Punkt ten należy do grupy tzw. punktów **przemiany materii**, a ponieważ przypisuje mu się również działanie **antyhistaminowe**, stosowany jest także (i to z dobrym skutkiem) w chorobach uczuleniowych skóry i układu oddechowego.

- Mniej więcej w połowie łydki, na jej tylnej powierzchni, możemy palpacyjnie wyczuć charakterystyczne rozdwojenie znajdującego się tam mięśnia brzuchatego. Szczególnie dobrze zauważamy to, jeśli przodem stopy naciśniemy na jakiś stawiający opór przedmiot. Dokładnie w miejscu tego rozdwojenia leży punkt **PM 57**.

Jest on najczęściej stosowany w rwie kulszowej i bólach łydki, wskazaniem do jego użycia są jednak także schorzenia nerek i pęcherza moczowego.

- Jeśli od omówionego właśnie punktu odmierzymy 1 cun w dół i 1 na zewnątrz, znajdziemy dość wrażliwe miejsce, w którym znajduje się punkt **PM 58**.

Oprócz wskazań wymienionych przy omawianiu poprzedniego punktu jest on na całym Wschodzie wysoko ceniony przez sportowców, tancerzy i turystów, ponieważ (zwłaszcza w połączeniu z Ż 36) poprawia sprawność mięśni nóg, a także ich wydolność wysiłkową. Jest to także punkt **przepustowy** meridianu, łączący go z następnym w kolejności meridianem nerek, a także jeden z punktów **przemiany materii**.

- Ostatnim używanym przez nas punktem meridianu pęcherza moczowego (punkty **tonizujący** – **PM 67** i **sedatywny** – **PM 65** stosowane są zasadniczo jedynie w akupunkturze, dlatego nie są tu szczegółowo omawiane) jest **PM 60**. Leży on w zagłębieniu znajdującym się w środku linii łączącej dolny koniec ścięgna Achillesa z tylnym brzegiem kostki zewnętrznej, nieco ponad górną krawędź kości piętowej.

Punkt ten według tradycyjnej teorii jest **mistrzem wszystkich bólów**, a zatem stosuje się go praktycznie we wszystkich stanach bólowych, zwłaszcza dolnej połowy ciała, a także bólach (szczególnie szczytowych) i zawrotach głowy. Nie sposób obejść się bez niego w również w przypadkach rwy kulszowej i udowej (bocznej) oraz w zaburzeniach miesiączkowania.

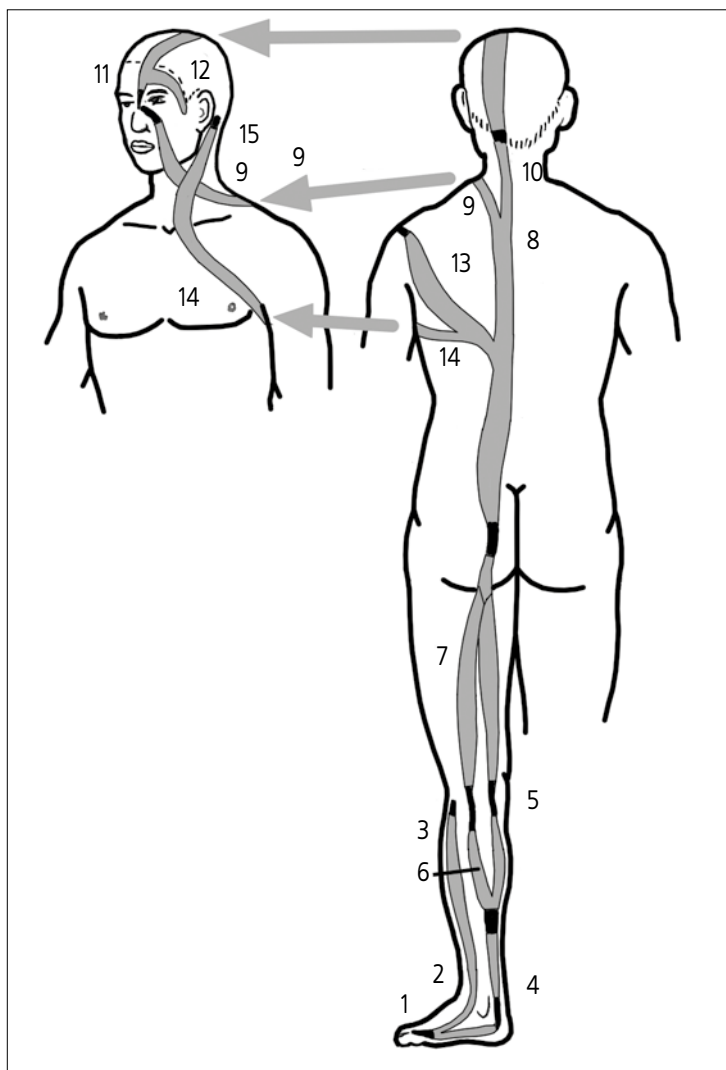
Meridianowi pęcherza moczowego przypisywane są przede wszystkim funkcje wydzielnicze, jednak wielość jego punktów i związanych z nimi wskazań nie pozwala ograniczyć się do takiego określenia. Za objawy zespołu meridianowego uważamy wstrzymanie moczu, moczenie nocne, zaburzenia psychiczne, bóle głowy, choroby oczu (szczególnie błon śluzowych) oraz bóle wzdłuż meridianu,

a zatem przede wszystkim bóle grzbietu i rwę kulszową. Uwagę zwracają również bóle w stawach biodrowych i kolanowych, a także niekiedy charakterystyczne odczucia „pęknięcia łydek” bez zmian organicznych w tkankach.

Punkt alarmowy tego meridianu położony jest na przedniej linii środkowej, w odległości 1 cun powyżej spojenia łonowego. Punkt zgodności tylnej, jak już wiemy, leży nad drugim otworem kości krzyżowej, w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej. W praktyce nie warto nawet go szukać – jest trudny do odnalezienia, zaś masując całą kość krzyżową, jak to zazwyczaj czynimy, stymulujemy także i jego.

Przyporządkowany meridianowi PM meridian ścięgnisto-mięśniowy rozpoczyna się na końcu małego palca stopy (1). Przebieg jego, podobnie jak klasycznego, jest dość skomplikowany: pierwsza gałązka biegnie zewnętrzną krawędzią stopy wzdłuż granicy skóry „białej” i „czerwonej”, przed kostką zewnętrzną wznosi się ku górze (2) i omijając kostkę z przodu, dochodzi do dołu podkolanowego (3). Druga ma swój początek w tym samym miejscu, biegnie jednak za kostką (4) i wznosząc się z początku zgodnie z linią meridianu klasycznego, w połowie podudzia rozdzwaja się i dwoma symetrycznymi pasmami dociera również do dołu podkolanowego (5 I 6). Od tego miejsca obydwie gałązki biegną równolegle do siebie – jedna wzdłuż meridianu klasycznego, druga nieco na zewnątrz – i łączą się pośrodku fałdu pośladkowego (7). Dalej biegną wspólnie pasem o szerokości około 4–5 cun, a zatem dość szerokim i dochodzą tak mniej więcej na wysokość górnego brzegu łopatki (8). Tu rozdzielają się znowu na dwie gałęzie. Jedna z nich, pokrywając się z meridianem klasycznym, biegnie dalej w górę (10), przechodzi przez szczyt głowy i dochodzi do wewnętrznego kąta oka (11). Oddziela się od niej odnoga (12) przebiegająca nad okiem i kończąca się na kości jarzmowej. Druga gałązka natomiast u nasady szyi przebiega na przód ciała (9), biegnie wzdłuż linii nadobojczykowej, następnie skręca w górę i przebiegając obok ust i nosa kończy się również w punkcie stanowiącym początek meridianu klasycznego, czyli w wewnętrznym kącie oka. W punkcie tym łączą się zatem obydwie gałązki: tylna, biegnąca linią klasyczną oraz przednia. Nie dosyć jednak na tym. Mniej więcej na wysokości 9–10 kręgu piersiowego od głównej gałęzi znowu odłącza się boczna – dodatkowa, która z kolei po kilku centymetrach dzieli się znowu na dwie odnogi. Pierwsza z nich (13) omija z dołu łopatkę i idąc jej zewnętrznym brzegiem w górę, przechodzi nad staw barkowy, gdzie kończy swój bieg; druga podąża pod pachą na klatkę piersiową (14), przechodzi przez rękojęść mostka (jego najwyższą część) i wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego dochodzi do wyrostka sutkowatego (15).

Jak zatem widać, w tym szczególnym przypadku przebieg meridianu mięśniowo-więzadłowego jest jeszcze bardziej skomplikowany niż i tak już złożona droga meridianu klasycznego. Dokładne zaznajomienie się z jego przebiegiem może jednak masażysta w praktyce przynieść tylko same korzyści.



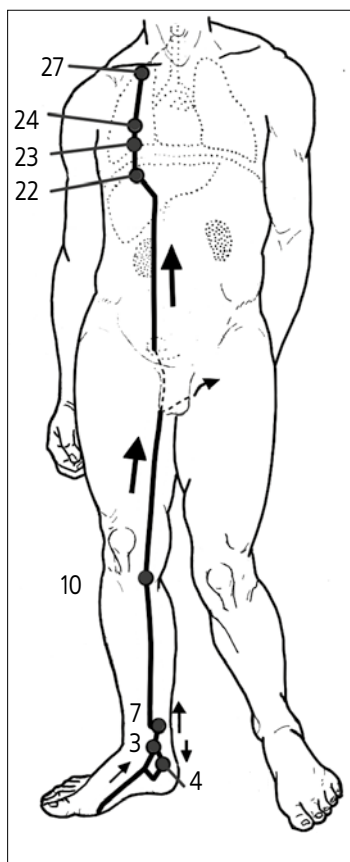
A teraz uwaga praktyczna:

Po zaznajomieniu się z tym meridianem, w żadnym przypadku nie czytamy dalej! Odłóżmy książkę i przez kilka następnych dni ograniczmy się do powtarzania przerobionego materiału. Pamiętajmy bowiem, że jest on NAJdłuższy i NAJważniejszy – stosując zaś linie i punkty na nim leżące, możemy już zacząć

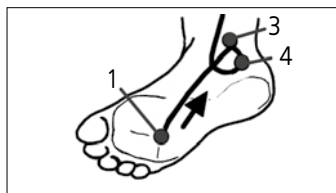
działać (i to skutecznie!) w przypadku większości najpopularniejszych schorzeń, z którymi w praktyce naszej będziemy się spotykać!

Ostatnim meridianem, wchodzącym w skład drugiego obiegu energetycznego, parą dla „wielkiego brata” – meridianu pęcherza moczowego jest **MERIDIAN NEREK (N)**. Jako typowy meridian Yin stopy jest on „ukryty” (biegnie wewnętrzną stroną kończyny dolnej) i to tak bardzo, że przez dłuższy czas wśród autorów nie było pełnej zgodności co do jego przebiegu. Według starszych źródeł najważniejszym jego przebiegiem jest wewnętrzny, jednak większość, zwłaszcza nowszych (tzn. nowożytnych...) autorów jest zdania, że przebiega on jednak przede wszystkim na powierzchni ciała.

Meridian nerek rozpoczyna się na podeszwie stopy, pomiędzy drugim a trzecim stawem śródstopno-palczkowym (czyli łączącym kości palców z kośćmi śródstopia), następnie biegnąc ukośnie przez podszew stopy, wchodzi na jej powierzchnię wewnętrzną, zakręca charakterystyczną pętlę wokół kostki wewnętrznej i biegnąc z kolei po przyśrodkowej (wewnętrznej) powierzchni po-



dudzia, dochodzi do przyśrodkowej części dołu podkolanowego. W dalszym ciągu swego przebiegu wzdłuż wewnętrznej strony uda dociera do miednicy i przechodzi przez brzeg spojenia łonowego w odległości 0,5 cun od linii środkowej przedniej. Z kolei wznosi się pionowo w górę, na powierzchni klatki piersiowej odchyła się na zewnątrz o 1,5 cun i biegnąc dalej, kończy się w odległości 2 cun od linii środkowej przedniej, w zagłębieniu pomiędzy obojczykiem a pierwszym żebrzem. Przebieg wewnętrzny rozpoczyna się w okolicy kości łonowej, skąd biegnie do końca kręgosłupa i wzdłuż niego aż do nerek, skąd daje gałązkę do pęcherza moczowego. Następnie przez wątrobę i przeponę dociera do płuc. Wewnątrz płuc rozdziela się na dwie gałązki: biegnącą do serca oraz przebiegającą wzdłuż szyi do nasady języka.



Na linii przebiegu zewnętrznego meridianu nerek znajduje się 27 punktów, z których dla celów masażu przydatnych jest 10.

- Rozpoczynający meridian punkt N 1 znajduje się, jak już wiemy, na podeszwie stopy, pomiędzy drugim a trzecim stawem śródstopno-paliczkowym. Stosowany jest on w przypadkach zaburzeń oddawania moczu, kurczach mięśni kończyn dolnych, a także przy migrenie i ciemieniowych bólach głowy. Jest to także ważny (choć z natury rzeczy trudniej dostępny) punkt reanimacyjny, stosowany we wstrząsie, omdleniach, a w myśl tradycji – nawet przy atakach padaczki. Ważnym wskazaniem do jego stosowania są także „niespokojne stopy” – odczucie niepokoju skłaniające do bezcelowego chodzenia tam i z powrotem.

- Mniej więcej w połowie długości sklepienia stopy, na jej brzegu, poniżej i nieco ku przodowi od kostki wewnętrznej stopy, w wyczuwalnym zagłębieniu znajduje się punkt *sedatywny* meridianu, którym jest N 2. Wskazaniem do jego stosowania są w pierwszym rzędzie schorzenia układu moczowego, stany zapalne narządów płciowych, zaburzenia miesiączkowania, a także lokalnie schorzenia stawu skokowego oraz osłabienie i zaburzenia czucia uda.

- Kolejny punkt – N 3 – położony jest w połowie odległości pomiędzy tylnym brzegiem kostki przyśrodkowej a ścięgnem Achillesa. Dokładnie po jego przeciwnej (zewnętrznej) stronie znajduje się, jak już wiemy, punkt PM 60. W praktyce punkty te masuje się jednocześnie chwytem „szczypczykowym”. Specjaliści chińscy stosują niekiedy w akupunkturze tzw. technikę heroiczną, przebijając ciało pomiędzy tymi dwoma punktami jedną igłą na wylot, co jednak wymaga wielkich umiejętności od lekarza wykonującego zabieg.

Wskazaniami do stosowania tego punktu są choroby nerek i pęcherza moczowego, zaburzenia miesiączkowania, porażenia i bóle kończyn dolnych oraz lokalnie choroby stawu skokowego. Dodatkowo używany jest on także w chorobach narządu słuchu, przy szumie w uszach, jak też przy zapaleniu gruczołu sutkowego.

- 0,5 cun w dół i do tyłu od punktu N 3 leży punkt N 4, mający te same wskazania co N 3, wymieniony jest zaś tu jedynie z tego względu, że jest to punkt **przepustowy**, łączący meridian nerek z meridianem pęcherza moczowego.

- 2 cun powyżej N 3, na przednim brzegu ścięgna Achillesa leży punkt **tonizujący** meridianu – N 7. Stosowany jest on w podobnych przypadkach co N 4, ma jednak dwa specjalne zastosowania: ponieważ działa **moczopędnie** i **odwadniająco**, znany jest jako tzw. punkt odchudzający; stosowany bywa często także w stanach przygnębienia i złego nastroju. Działa również pobudzająco na psychikę poprzez bezpośrednie oddziaływanie na nadnercza, a co za tym idzie, na produkcję hormonów nadnerczy. Razem z N 3 punkt ten jest także stosowa-

ny w ciężkich chorobach wyniszczających, jak również w przypadkach silnego zmęczenia i wyczerpania.

- Na przyśrodkowym końcu linii zgięciowej kolana leży punkt **N 10**.

Używa się go przede wszystkim lokalnie w bólach stawu kolanowego, odgrywa jednak pewną rolę także w leczeniu chorób narządów płciowych – zarówno męskich, jak i kobiecych, przy oziębłości seksualnej, impotencji i anorgazmii.

- Następne interesujące nas punkty leżą na klatce piersiowej w V, IV i III przestrzeni międzyżebrowej (licząc od dołu), 2 cun w bok od linii środkowej przedniej. Są to punkty **N 22**, **N 23** i **N 24**. Wskazania mają wspólne, a są nimi nerwobóle międzyżebrowe, wymioty i nudności, brak apetytu, kaszel, zapalenie oskrzeli i płuc oraz stany zapalne gruczołu sutkowego.

- Na koniec – ostatni punkt meridianu: **N 27**, położony w zagłębieniu pomiędzy dolnym brzegiem obojczyka a I żebrem, w odległości 2 cun od linii środkowej przedniej.

Stosowany jest w przypadkach bólów międzyżebrowych, kaszlu, duszności, astmy oskrzelowej, a także braku apetytu. Masaż tego punktu – podobnie jak w przypadku **N 7** i **S 3** – poprawia nastrój psychiczny, jest on jednak od **N 7** częściej używany i nazywany **punktem doskonałej zgody**. Jako zabieg pomocniczy, skuteczny jest także w leczeniu neurastenii (zawsze w uzgodnieniu z psychiatrą), wówczas jednak, zgodnie ze źródłami tradycyjnymi, tylko po lewej stronie.

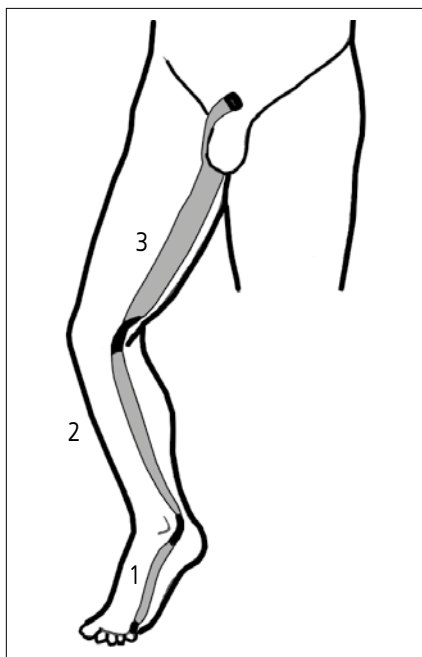
Ponieważ w tradycyjnej medycynie chińskiej oddziela się pojęcia „nerki wody” – odpowiadającej funkcjom wydzielniczym (produkcja moczu) i „nerki ognia” – która z kolei wpływa na ogólną sprawność organizmu (produkcja hormonów nadnerczy), funkcja meridianu jest dwójaka. Warto zauważyć, że lekarze chińscy uznawali nerki za „szlachetny organ”, którego wyłączenie nieuchronnie prowadzi do śmierci (także i dziś jedynie dializa lub przeszczep nerki mogą uratować życie w takim przypadku). Dziś określamy ten meridian jako odpowiedzialny za oczyszczanie organizmu, ceniąc jednocześnie wysoko jego oddziaływanie na krążenie krwi (hormony nadnerczy) oraz psychikę.

Zespół meridianu nerki jest dość złożony. Obejmuje on zarówno bóle na przebiegu meridianu, jak i bóle gardła, wyschnięte usta, zaparcia oraz zaburzenia ruchowe kończyn dolnych. Charakterystyczne dla tego zespołu są również objawy o charakterze psychicznym: niepokój podczas dłuższego siedzenia, zaburzenia widzenia (przy obiektywnie zdrowych oczach), brak energii w kończynach dolnych, lęki i fobie, ciągłe narzekania i jęki będące niekiedy (uwaga!) objawami depresji, zaburzenia akcji serca. Niekiedy pojawiają się także zaburzenia w połykaniu i w mowie. Występowanie takich objawów powinno skłonić do natychmiastowego skorzystania ze specjalistycznej pomocy lekarskiej, ponieważ mogą być one

zwiastunami poważnych chorób ośrodkowego (centralnego) układu nerwowego, o ciężkim przebiegu i niepewnym rokowaniu.

Punkt alarmowy meridianu nerek położony jest na końcu XII (ostatniego) żebra. **Punktem zgodności tylnej** jest PM 23, leżący na wysokości końca wyrostka kolczystego L 2, oczywiście w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej.

Ścięgnisto-mięśniowy meridian nerek rozpoczyna się na powierzchni podszewowej małego palca stopy, skąd, podobnie jak meridian klasyczny, przebiega skośnie poza kostkę wewnętrzną, jednak bez „klasycznego” kółka (1). Z kolei biegnie przyśrodkową powierzchnią uda do stawu kolanowego (2) i przebiegając przez pewien odcinek, praktycznie wspólnie z meridianem mięśniowo-więzadłowym śledziony/trzustki wzdłuż wewnętrznej powierzchni uda (3) dochodzi do zewnętrznych narządów płciowych. Od tego miejsca nie jest już dostępny dla masażu, jako że, przynajmniej według starych źródeł, podobnie jak ścięgnisto-mięśniowy meridian wątroby wnika w głąb ciała i biegnie po wewnętrznej stronie kręgosłupa aż do potylicy, gdzie kończy swój bieg.



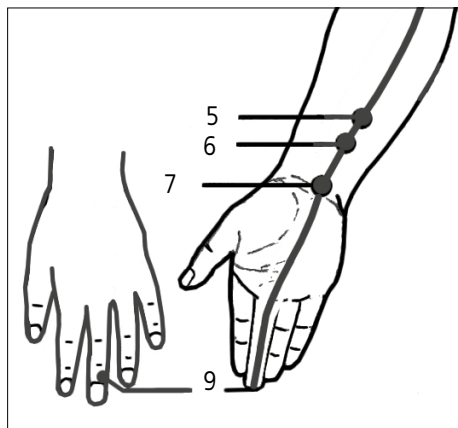
I w ten sposób zakończyliśmy omówienie drugiego obiegu energetycznego. Także i on, podobnie jak pierwszy, trwał 8 godzin, w tym przypadku od godz. 11 do 19.

Trzeci obieg energetyczny

Trzeci obieg energetyczny rozpoczyna się o godzinie 19 i trwa do 3, obejmuje zatem „meridiany nocne”. Wynikają stąd określone trudności terapeutyczne. O ile bowiem przy pewnych staraniach organizacyjnych meridiany dzienne mogą być stymulowane we właściwych im porach optymalnej aktywności, trudno wymagać, aby zabieg masażu czy też akupunktury odbywał się np. o północy. Wprawdzie w wielu ośrodkach chińskich uciekają się i do tego (oczywiście w warunkach szpitalnych), ale w świecie zachodnim ze zrozumiałych względów unikamy raczej takiego postępowania.

Najwcześniejszym czasowo (3–5), a zatem pierwszym w trzecim obiegu energetycznym jest **MERIDIAN OSIERDZIA (O)**. Jest to meridian typu **Yin ręki**, zgodnie zatem z omówionymi wcześniej zasadami rozpoczyna się od przebiegu wewnętrznego, który bierze początek wewnątrz klatki piersiowej, w worku osierdziowym (od którego meridian wywodzi swoją nazwę). Po wyjściu z niego dzieli się na dwie gałęzie. Pierwsza z nich zstępuje przez przeponę w dół do wysokości pępka, a zatem w okolice jelita cienkiego, druga natomiast na wysokości IV przestrzeni międzykręgowej, w odległości 5 cun od linii środkowej przedniej przebija skórę. W tym zatem miejscu rozpoczyna się przebieg zewnętrzny. Omijając dół pachowy, biegnie on wewnętrzną stroną ramienia, następnie dokładnie środkiem stawu łokciowego i przedramienia (pomiędzy dobrze wyczuwalnymi kośćmi łokciową i promieniową) do stawu nadgarstkowego. Podążając dalej pomiędzy II i III kością śródreżca, dociera do palca środkowego, na którego końcu kończy bieg.

Podobnie jak meridian serca, jest to meridian krótki, a jego przebieg zewnętrzny obejmuje również 9 punktów, spośród których najczęściej wykorzystujemy 5.



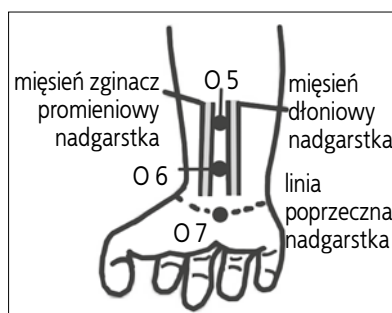
- Kiedy lekko zginamy ramię w stawie łokciowym, w środku zgięcia poprzecznego wyczuwamy wyraźnie twarde ścięgno mięśnia dwugłowego. Jak wiemy, po jego promieniowej stronie (tzn. po stronie kciuka, gdy dłoń odwrócona jest ku górze) znajduje się punkt P5. Po przeciwnej, a zatem łokciowej stronie tego ścięgna znajduje się poszukiwany przez nas punkt **O 3**. A zatem uwaga – musimy nauczyć się dokładnie rozróżniać te punkty: po stronie łokciowej ścięgna **O 3** – po promieniowej **P 5**.

Wskazaniami do stosowania tego punktu są: częstoskurcz napadowy serca, dusznica bolesna (obydwa te schorzenia wymagają **zawsze** konsultacji internistycznej!), nieżyty oskrzeli, schorzenia nieżytowe żołądka, choroby przebiegające z gorączką, udar słoneczny oraz lokalnie bóle stawu łokciowego, zwłaszcza na podłożu reumatycznym.

- Jeśli przeprostujemy dłoń w stronę grzbietową, wówczas pośrodku dłoniowej powierzchni nadgarstka łatwo zauważymy uwypuklające się dwa leżące obok siebie cienkie sznurki ścięgien (mięśnia zginacza promieniowego nadgarstka i mięśnia dłoniowego długiego). Dokładnie pomiędzy nimi leżą obok siebie **3 ważne punkty**.

a) W odległości 3 cun (4 palce) od linii zgięcia poprzecznego nadgarstka leży punkt **O 5**. Stosowanie jego jest wskazane praktycznie w tych samych przypadkach co punktu **O 3**.

b) 1 cun bliżej nadgarstka leży punkt **O 6** mający podobne wskazania, stosowany jednak także w przypadkach astmy oskrzelowej, a przede wszystkim **nadciśnienia tętniczego** (obniża ciśnienie). Jest to także punkt **przepustowy** meridianu, łączący go z następnym w kolejności meridianem potrójnego ogrzewacza.



c) Na samej linii zgięciowej leży punkt **O 7**, stosowany również w tych samych przypadkach, wymieniam go osobno jedynie dlatego, że jest to punkt **sedatywny** meridianu.

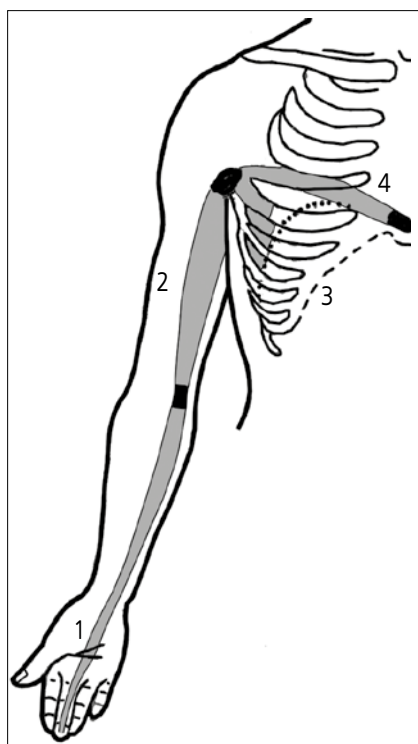
- Na końcu palca środkowego, po stronie promieniowej, tzn. od strony kciuka, w odległości ok. 3 mm od wewnętrznego brzegu nasady paznokcia znajduje się ostatni punkt meridianu, **O 9**. Jest to punkt **tonizujący**.

Podobnie jak większość punktów położonych na końcach palców (i to zarówno rąk jak i nóg) jest to przede wszystkim punkt **reanimacyjny** stosowany przy zapaściach i omdleniach, jak też w przypadkach kłujących bólów w okolicy serca, duszności i bólów głowy. W odróżnieniu jednak od punktu **S 9** stosujemy go głównie przy omdleniach spowodowanych **nadciśnieniem** (np. w przypadku udaru słonecznego), podczas gdy punkt **S 9** ma właściwości *podnoszące ciśnienie krwi*!

Jak to można rozróżnić? Otóż w zdecydowanej większości przypadków **osoba mdlejąca z powodu podwyższonego ciśnienia krwi ma twarz czerwoną, tętno zaś przyspieszone i bardzo silnie wyczuwalne (twarde), natomiast człowiek, któremu ciśnienie nagle spadło, jest przeważnie blady i wiotki, tętno zaś jest spowolnione i słabo wyczuwalne (miękkie).**

Meridian osierdzia w źródłach pisanych pojawił się dość późno. Tradycja przypisuje mu rolę ochrony serca, jego „murów obronnych”. Przypisuje mu się również rolę zbiornika energii odziedziczonej, czyli Qi źródłowego. Objawy **zespołu meridianowego** to przede wszystkim dusznica bolesna, kołatania serca, uczucie rozpierania w klatce piersiowej oraz lokalnie stany zapalne i przykurcze stawów łokciowego i barkowego oraz poruszających nimi mięśni.

Punkt alarmowy leży na linii środkowej przedniej, na wysokości IV przestrzeni międzyżebrowej, u mężczyzny na poziomie brodawek sutkowych. **Punkt zgodności tylnej** leży, jak zawsze, w odległości 1,5 cun w bok od końca wyrostka kolczystego, w tym przypadku czwartego kręgu piersiowego (Th 4), jest nim zaś punkt PM 14.



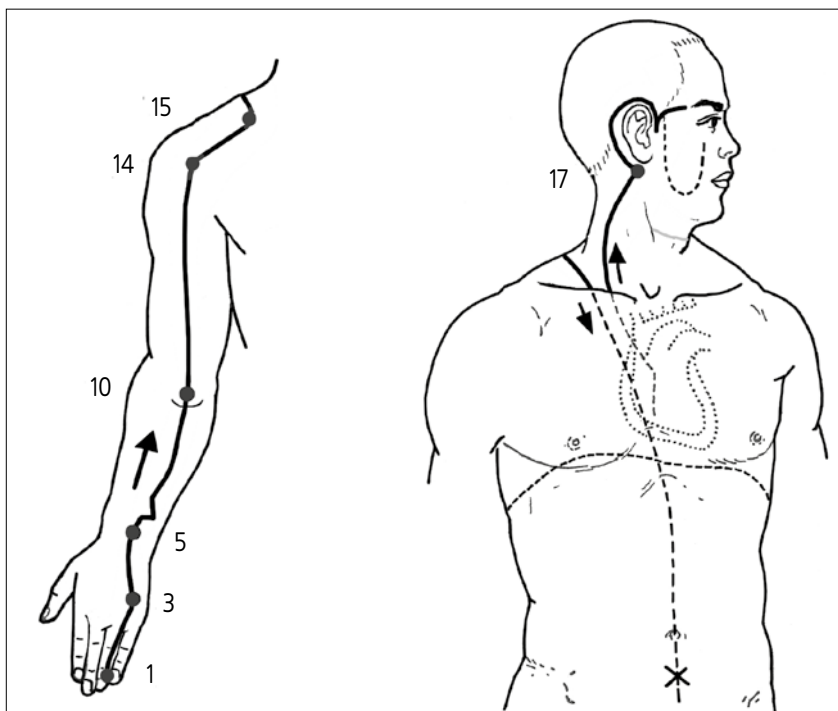
Przyporządkowany mu meridian ścięgniasto-mięśniowy rozpoczyna się na końcu palca środkowego, po czym biegnie środkiem dłoni (1) i wzdłuż dłoniowej strony przedramienia do stawu łokciowego, a następnie po wewnętrznej stronie ramienia (2) pod pachę. Z tego miejsca rozdziela się na szereg odgałęzień przecinających klatkę piersiową od IV przestrzeni międzyżebrowej w dół, a kończących się częściowo w tylnych częściach przestrzeni międzyżebrowych dolnych żeber (3) oraz w okolicach przepony (4).

Parą dla meridianu osierdzia jest, jak już wspomniałem, **MERIDIAN POTRÓJNEGO OGRZEWACZA (PO)**. Jako jedyny nie ma on przyporządkowanego żadnego narządu – jest bowiem meridianem wyłącznym **czynnościowym**, sterującym funkcjami tzw. trzech jam ciała (stąd nazwa): **górnej**, obejmującej klatkę piersiową, a zatem funkcje oddechową i krążeniową, **środkowej** reprezentującej nadbrzusze – czynności

trawienne oraz **dolnej** – podbrzusza, czyli przede wszystkim funkcje układu moczopłciowego.

Jest to meridian typu **Yang ręki**, rozpoczyna się zatem na dłoni i biegnie ku twarzy, po drodze uwalniając odgałęzienie, będące przebiegiem wewnętrznym. Początek meridianu znajduje się na łokciowej (zewewnętrznej) stronie końca IV

palca, w odległości ok. 3 mm od brzegu nasady paznokcia, następnie biegnie on wzdłuż IV kości śródręcza, poprzez staw nadgarstkowy i w przybliżeniu środkiem grzbietowej powierzchni przedramienia i ramienia. Z tylnej okolicy barku przechodzi na szyję, oddając po drodze gałąź przebiegu wewnętrznego, następnie zaś wzdłuż szyi dociera do znanego nam już wyrostka sutkowatego, okrąża małżowinę uszną i kończy swój bieg w zagłębieniu na zewnętrznym końcu brwi. Przebieg wewnętrzny oddziela się w dole nadobojczykowym, przechodząc następnie przez klatkę piersiową, a w szczególności przez osierdzie, następnie biegnie przez całą jamę brzuszną do okolicy pęcherza moczowego, obejmując w ten sposób wszystkie obszary objęte pojęciem potrójnego ogrzewacza.



Na meridianie potrójnego ogrzewacza znajdują się 23 punkty, z których najczęściej wykorzystujemy 7.

- Pierwszym z nich jest początkowy punkt meridianu – **PO 1**, którego lokalizacja została już wcześniej omówiona.

Jest to w pierwszej kolejności punkt reanimacyjny, stosowany również w stanach gorączkowych oraz w przypadkach uogólnionych bólów na przebiegu meridianu.

- Jeśli na stronie grzbietowej dłoni uciśniemy palcem IV kość śródręcza, nieco poniżej stawu łączącego ją z palcem (od strony palca małego), znajdziemy małe zagłębienie, w którym leży wyraźnie bolesny punkt **PO 3**. Jest to punkt **tonizujący** meridianu.

Stosowany jest on w bólach głowy w okolicy skroniowej, chorobach gardła, głuchocie, szumie w uszach oraz w niedociśnieniu tętniczym i zawrotach głowy pochodzenia krążeniowego. Do tych ogólnych wskazań dołączają lokalne: schorzenia dłoni i nadgarstka.

- Na linii meridianu, 2 cun powyżej zgięcia grzbietowego nadgarstka, w praktyce pomiędzy kośćmi przedramienia (jednak bliżej kości łokciowej) leży punkt **PO 5**, będący punktem **przepustowym** meridianu, łączącym go z meridianem osierdza.

Jest on szczególnie skuteczny przy przeziębieniach (działa **hartująco**) oraz stanach gorączkowym, stosuje się go także u osób szczególnie wrażliwych na zmiany pogody. Pozostałe jego wskazania dla masażu pokrywają się ze wskazaniami uprzednio wymienionych punktów.

- Jeśli teraz zegnijemy ramię w stawie łokciowym, w odległości 1 cun powyżej wyrostka łokciowego (tworzącego w tym momencie wierzchołek łokcia), w zagłębieniu znajdującym się na tylnej powierzchni ramienia leży punkt **sedatywny** meridianu – **PO 10**.

Wskazaniem do jego stosowania są przede wszystkim choroby stawu łokciowego i ramienia, stosujemy go jednak pomocniczo także i w schorzeniach układu oddechowego, zawrotach głowy, a zwłaszcza w mięśniopochodnym kręczy szyi (tzw. „naciągnięciu” karku). Ponadto stosuje się go przy bólach głowy, a nawet w rehabilitacji po wylewie krwi do mózgu.

- Kiedy kończynę górną odwiedziemy w linii bocznej do poziomu, na barku zauważymy dwa dołeczki leżące po obydwóch stronach główki kości ramiennej. W przednim mieści się znany nam już punkt JG 15, tylne jest miejscem lokalizacji punktu **PO 14**.

Jest to typowy punkt lokalny, oddziałujący na bark i ramię, stosowany w przypadkach różnego rodzaju ich schorzeń, z zanikami mięśni włącznie.

- W najwyższym punkcie stawu barkowego, nieco tylko „do tyłu” wyczuwamy twardą kość – jest to wyrostek barkowy łopatki.

W połowie odległości pomiędzy nim a końcem wyrostka kolczystego VII kręgu piersiowego (C7), uwypuklającego się przy pochyleniu głowy, jednak o 1 cun niżej, nad łopatką, znajduje się ważny punkt **PO 15**.

Jest to **mistrz ramion**, stosowany we wszystkich przypadkach schorzeń kończyny górnej, bólów okolicy karku i ograniczeniach ruchów barków. Ma on

jednak jeszcze dwa istotne wskazania, podkreślające jego znaczenie. Według tzw. szkoły wiedeńskiej jest to **punkt pogodowy**, reagujący na jej zmiany, stąd też stosowany u osób szczególnie na nie wrażliwych. Punkt ten może być stosowany w ramach automasażu, aczkolwiek dla samego siebie jest trudno dostępny. Jest to ponadto punkt **ogólnie wzmacniający i hartujący**, stosowany często w masażu sportowym, zwłaszcza w połączeniu z Ż 36.

- Przykładając płasko małżowinę uszną do powierzchni głowy, zaraz za płatką usznym, w zagłębieniu pomiędzy kątem żuchwy a wyrostkiem sutkowatym znajdujemy punkt **PO 17**. Kiedy otwieramy usta, w miejscu tym powstaje wyraźne wgłębienie. Punkt ten stosujemy w chorobach uszu, przy głuchocie, porażeniu nerwu twarzowego, szczękociskisku oraz przy zapaleniu ślinianek.

Jak wiemy, pojęcie meridianu potrójnego ogrzewacza skryztałizowało się późno, bo dopiero ok. IV w. n.e. Określany był wówczas jako regulator przepływu wszystkich „soków ciała”. Dzisiejsza literatura uważa go raczej za koordynatora funkcji oddechowych, trawiennych i moczopłciowych, przypisując mu rolę pomocniczą, ale i integrującą.

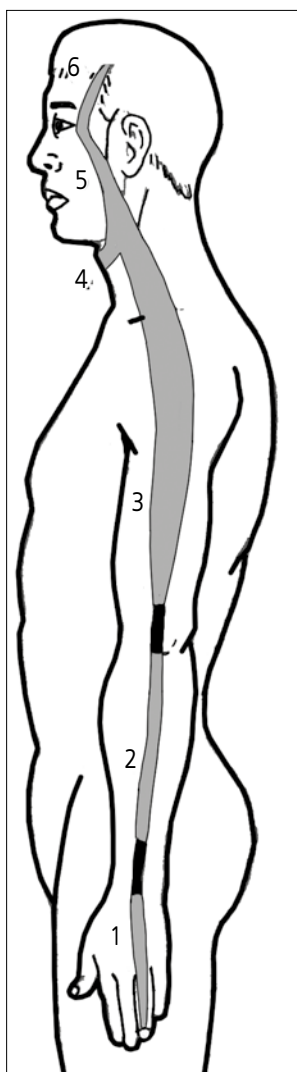
W skład objawów **zespołu meridianowego** wchodzi: zaburzenia czynnościowe w jamie brzusznej, nietrzymanie moczu, głuchota, szum w uszach, sztywność i ból karku, nadmierne pocenie się i oczywiście bóle na przebiegu meridianu.

Posiada on poza głównym aż trzy dodatkowe punkty alarmowe (czyli łącznie jest ich 4), przy czym wszystkie leżą na linii środkowej przedniej.

Punkt **główny** leży 2 cun poniżej środka pępka, zaś z punktów dodatkowych, przyporządkowanych poszczególnym trzem jamom, pierwszy – **oddechowy** lub górny – leży na wysokości IV przestrzeni międzyżebrowej, jest zatem identyczny z punktem alarmowym *meridianu osierdza*; drugi – **trawienny**, zwany też środkowym, leży w środku linii łączącej koniec wyrostka mieczykowatego ze środkiem pępka, pokrywa się zatem z punktem alarmowym *meridianu żołądka*, trzeci zaś – **seksualny** czyli dolny – znajduje się 1 cun poniżej pępka, czyli 1 cun powyżej punktu głównego.

Tu uwaga: punkty pomiędzy pępkiem a górnym brzegiem kości łonowej należy traktować zawsze jako cuny **proporcjonalne**, a to ze względu na często dziś występującą otyłość. A zatem odległość pomiędzy środkiem pępka a górnym brzegiem spojenia łonowego, w myśl przyjętych w akupunkturze zasad, wynosi **zawsze** 5 cun proporcjonalnych.

Punktem zgodności tylnej tego meridianu jest PM 22, leżący w odległości 1,5 cun na zewnątrz od końca wyrostka kolczystego pierwszego kręgu lędźwiowego (L 1).

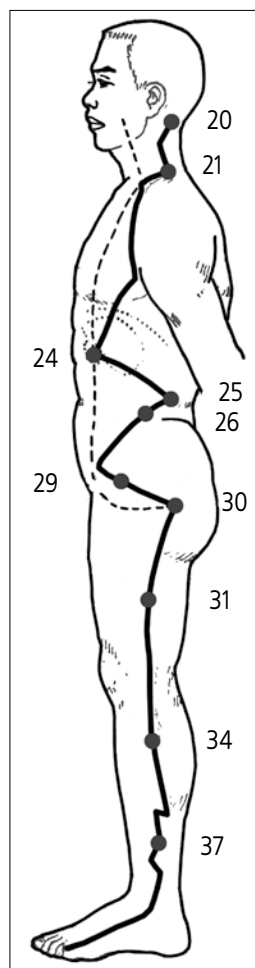
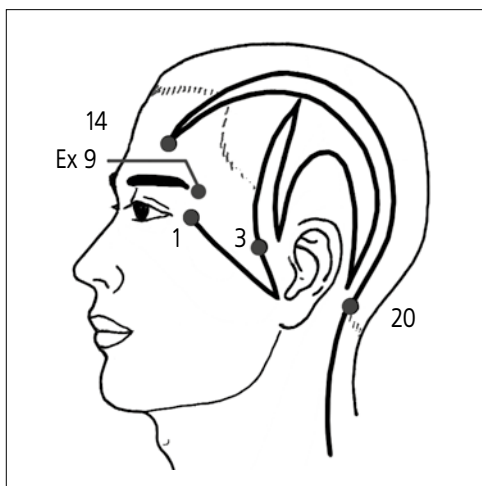


Przyporządkowany mu meridian ścięgnisto-mięśniowy rozpoczyna się na końcu IV palca, biegnie kolejno pomiędzy IV a V kością śródreżcza po grzbietowej stronie dłoni (1), przez staw nadgarstkowy i środkiem przedramienia (2) do stawu łokciowego, skąd dalej przez ramię (3) dobiega do stawu barkowego. Z tego miejsca wzdłuż szyi przebiega w górę, pod brodą, rozdzielając się na dwie odnogi. Pierwsza z nich wewnątrz żuchwy biegnie do podstawy języka (4), druga zaś wznosi się przed uchem do kąta zewnętrznego oka (5) i dalej do zewnętrznego kąta skroni (6).

Teraz przyszedł czas na kolejny **wielki Yang stopy**, biegnący od głowy do stóp. Jest nim **MERIDIAN PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO (PŻ)**, drugi do długości i ważności po meridianie pęcherza moczowego. Tak jak tamten obejmował w praktyce swym zakresem całą **tylną** powierzchnię grzbietu i kończyn dolnych, tak ten pokrywa obszary znajdujące się na ich powierzchniach **bocznych**. W ten sposób u pacjenta leżącego na brzuchu obydwa te meridiany łącznie ze związanymi z nimi meridianami ścięgnisto-mięśniowymi pokrywają całą powierzchnię dostępną jego działaniu. Znajomość tych właśnie meridianów odgrywa zatem niezwykle istotną rolę w przygotowaniu zawodowym terapeuty chcącego stosować zasady masażu chińskiego.

Meridian pęcherzyka żółciowego biegnie od zewnętrznego kąta oka wokół małżowiny usznej, a następnie w dość skomplikowany sposób, poprzez boczną powierzchnię głowy do karku. Na wysokości barków następuje jego rozdzielenie na przebieg zewnętrzny i wewnętrzny. Stosunkowo długa, jak na meridian Yang stopy, gałąź wewnętrzna wnika w dole nadobojczykowym do klatki piersiowej, przez przeponę dociera do wątroby i pęcherzyka żółciowego, a następnie na wysokości stawu biodrowego łączy się ponownie z przebiegiem zewnętrznym. Ten ostatni od dołu nadobojczykowego załamującą się linią biegnie przodem i bokiem klatki piersiowej, następnie wzdłuż talerza

biodrowego ponad stawem biodrowym dociera do bocznej powierzchni uda i podudzia. Przed kostką zewnętrzną zbiega na grzbietową powierzchnię stopy i idąc wzdłuż IV kości śródstopia i IV palca stopy, kończy się jak zwykle, w odległości ok. 3 mm od brzegu podstawy paznokcia, tym razem po stronie zewnętrznej.



Meridian pęcherzyka żółciowego liczy 44 punkty, z których dla masażysty najważniejszych jest 13.

- Pierwszym z nich jest leżący w odległości 0,5 cun na zewnątrz od zewnętrznego kąta oka **PŻ 1**. Jest on przydatny w leczeniu bólów głowy (zwłaszcza skroniowych) i migreny, a także zawrotów głowy i schorzeń oczu. Istotnym działaniem wykazuje się także w przypadkach nerwobólu pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego (przebiegającej wzdłuż czoła nad oczami) oraz tików i przykurczów mięśni mimicznych twarzy.

- W odległości 1 cun ku tyłowi od środka linii łączącej zewnętrzny koniec brwi z zewnętrznym kątem oka leży ważny punkt dodatkowy – **Extra 9** („słońce”), umiejscowiony w wyraźnym wgłębieniu. Jest on wrażliwy na dotyk, a zatem łatwy do odnalezienia. W jego przypadku obowiązują te same wskazania co dla PŻ 1, jednak masażysty zdecydowanie preferują ten właśnie punkt, z racji jego wygodniejszej lokalizacji i silniejszego działania.

- W połowie długości łuku jarzmowego, który przebiega pomiędzy uchem a nosem, wzdłuż dolnego brzegu oczodołu, znajduje się punkt **PŻ 3**. Jest on

wyraźnie wrażliwy na ucisk, znajdujemy go zaś łatwo w miejscu, gdzie górna krawędź łuku przecina się z granicą owłosionej skóry na skroni.

Punkt ten oprócz wskazań wymienionych przy PŻ 1 ma silne działanie hormonalne na żeńskie narządy rozrodcze (poprzez działanie na przysadkę mózgową). Stosuje się go zatem z dobrym skutkiem przy zaburzeniach miesiączkowania, zwłaszcza zaś przy obfitych, bolesnych krwawieniach. **Nie wolno go jednak masować w pierwszych dniach miesiączki** ze względu na możliwość zapaści (omdlenia). Z kolei ze względu na **ryzyko poronienia** nie masujemy go również w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży.

- Kolejnym ważnym punktem meridianu jest **PŻ 14**, znajdujący się na czole, 1 cun nad środkiem brwi, bezpośrednio nad źrenicą patrzącego na wprost oka. Wskazaniem do jego stosowania są czołowe bóle głowy, zapalenie zatok czołowych, nerwoból I gałązki nerwu trójdzielnego. Jest to jednocześnie ważny punkt diagnostyczny w rozpoznawaniu **schorzeń dróg żółciowych**, ponieważ jest wtedy szczególnie wrażliwy na ucisk. Działa także i w drugą stronę – jak i sam wielokrotnie się przekonałem na własnej skórze, masaż tego punktu może doprowadzić do **ustąpienia ataku kolki żółciowej**.

- Na dolnym brzegu potylicy, pomiędzy ścięgnami mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego i mięśnia czworobocznego (leżącego nieco bliżej linii środkowej tylnej), czy też, inaczej patrząc, w połowie odległości pomiędzy wyrostkiem sutkowatym a linią środkową tylną, odnajdujemy ważny punkt **PŻ 20**. Zlokalizowanie go ułatwia fakt, że opukiwanie tego punktu wywołuje odczucie „pukania w ucho”.

Wspólnie z PM 10 punkt ten reguluje równowagę układu wegetatywnego. Poprawia on także ukrwienie mózgu (działając korzystnie w przypadkach bólów głowy), oddziałuje także na sztywność mięśni karku i szyi – zwłaszcza w rejonie potylicy, także w przypadkach głuchoty, szumu w uszach oraz bólów w okolicy ramienia, barku i grzbietu. Łącznie z PM 10 wywiera również korzystny wpływ w leczeniu zapaleń zatok przynosowych. Masaż tych punktów w wielu przypadkach doprowadza do rozszerzenia ujścia zatok do jamy nosowej, a przez to do opróżnienia ich z zalegającej ropy.

- Również bardzo ważnym punktem jest znajdujący się w połowie drogi pomiędzy wyrostkiem barkowym łopatki a siódmym kręgiem szyjnym punkt **PŻ 21**. Jeżeli masażysta położy rękę na przeciwnym barku pacjenta tak, aby nadgarstek pokrywał wyrostek barkowy, wówczas koniec jego palca wskazującego pokryje się z poszukiwaną lokalizacją. Punkt ten leży 1 cun powyżej znanego nam już PO 15.

Jest to przede wszystkim punkt **pobudzający energię życiową**, stąd jego masaż jest nieodzowną częścią tzw. masażu regeneracyjnego; można go stosować

również w ramach automasażu. Łącznie z PŻ 34 i Ż 36 stosujemy go również dla **wzmocnienia siły mięśni kończyn dolnych**. Wskazaniami są także bóle w okolicach barku, szyi i górnej części grzbietu, sztywność mięśni w tej okolicy, ale także stany zapalne i ropnie gruczołu sutkowego. UWAGA: silny masaż tego punktu jest **przeciwwskazany u kobiet w ciąży** ze względu na możliwość wystąpienia komplikacji!

- W VII przestrzeni międzyżebrowej, na przecięciu z linią pionową wychodzącą z brodawki sutkowej (u kobiet o dużym biuście linię tę wyprowadzamy ze środka obojczyka) znajduje się punkt **PŻ 24**.

Stosujemy go przy wymiotach różnego pochodzenia, nadkwaśności żołądka, czkawce, przede wszystkim jednak w zapaleniu wątroby (typu A oraz w rehabilitacji po WZW typu B) i pęcherzyka żółciowego, kolce jelitowej oraz chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Jest to także **punkt alarmowy** własnego meridianu.

- W bocznej linii ciała, na końcu ostatniego – XII żebra, znajduje się punkt **PŻ 25**. Stosowany jest on w neuralgii międzyżebrowej, zaburzeniach żołądkowo-jelitowych i chorobach nerek. U części pacjentów, pomimo wyraźnych wskazań, punktu tego jednak nie możemy masować – reakcje osób „łaskotliwych” mogą być zupełnie nieprzewidywalne...

- Nieco poniżej punktu poprzedniego, a także nieco do przodu, na przecięciu linii poziomej przebiegającej przez pępek z linią pionową przechodzącą przez kolec biodrowy przedni górny (najbardziej wystający do przodu punkt miednicy) znajduje się specjalny punkt dla schorzeń kobiecych – **PŻ 26**, stosowany zarówno w stanach zapalnych jak i zaburzeniach cyklu miesięczkowego.

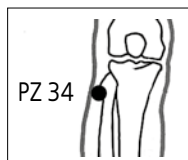
- Mniej więcej na przecięciu poziomej linii wychodzącej z pachwiny z kością udową, na tej ostatniej wyczuwamy wyraźną wypukłość kostną na powierzchni bocznej. To krętarz wielki, część kości udowej zlokalizowana nieco poniżej stawu biodrowego. Jest to ważny punkt orientacyjny. Na środku linii łączącej go ze znanym nam już kolcem biodrowym przednim górnym, na końcu bruzdy pachwinowej, znajduje się punkt **PŻ 29**. Ma on znaczenie przede wszystkim jako jeden z nielicznych punktów mających wpływ na czynność i sprawność stawu biodrowego. Wskazaniami do jego zastosowania są także bóle kończyny dolnej oraz zaburzenia układu moczopłciowego.

- Następnym w kolejności punktem meridianu, mającym zasadniczo te same wskazania co poprzedni, jest **PŻ 30**, znajdujący się z drugiej strony stawu biodrowego, tzn. na bocznej powierzchni pośladka, na linii łączącej szczyt krętarza wielkiego z końcem kości krzyżowej (na początku szpary pośladkowej, nie mylić z końcem kości guzicznej!). Jeśli linię tę podzielimy na 3 równe odcinki,

poszukiwany punkt leży na końcu pierwszego z nich (licząc od strony krętarza). Wskazaniem do jego użycia są również rwa kulszowa i udowa (boczna).

- Kiedy człowiek stoi swobodnie wyprostowany, z rękami zwieszonymi po bokach ciała, koniec trzeciego palca wskazuje na punkt **PŻ 31**.

Jest to typowy punkt lokalny, stosowany w chorobach kończyn dolnych, takich jak niedowłady, zaburzenia czuciowe i ruchowe, stany zapalne nerwów, zaniki mięśni i rwa boczna. Pomimo tak istotnych wskazań, znaczenie tego punktu jest w sumie raczej niewielkie.



- Poniżej stawu kolanowego, w małym zagłębieniu znajdującym się z przodu i poniżej główki kości strzałkowej (jest to miejsce, na którym podczas poszukiwania punktu Ż 36 spoczywa koniec palca małego) znajduje się punkt **PŻ 34**.

To punkt bardzo ważny! Nazywany jest **mistrzem mięśni** i stosowany we wszystkich schorzeniach układu mięśniowego, zwłaszcza poniżej pasa. Stosujemy go także jako punkt specjalny w chorobach stawu kolanowego, niedowładach, porażeniu połowicznym, jak też (bardzo skuteczny!) w przypadku nawykowych zaparć atonicznych, tzn. związanych z osłabieniem mięśni. Wskazaniem do jego użycia są także schorzenia wątroby i pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza te, które są związane z zaburzeniami motoryki (np. dyskineza dróg żółciowych).

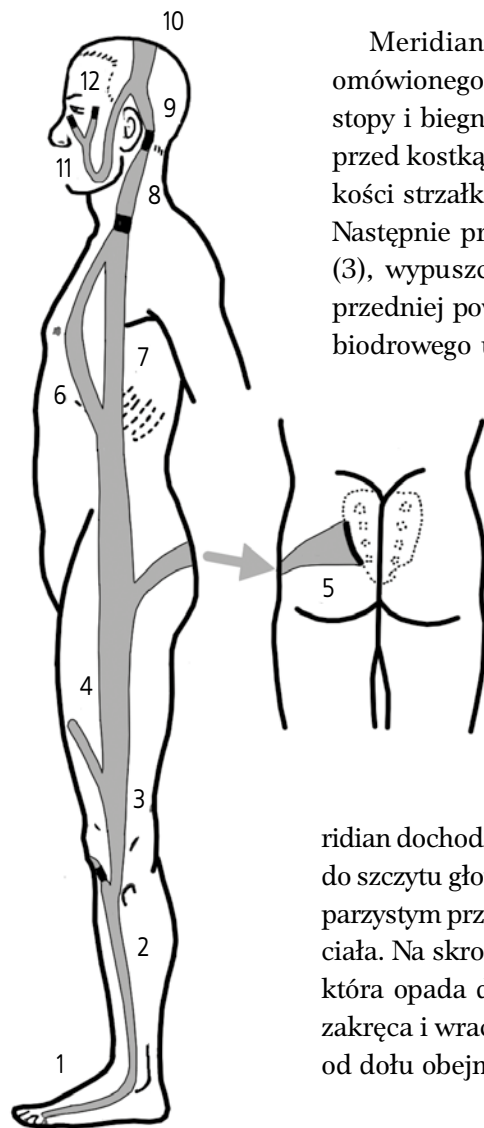
- Ostatnim stosowanym przez nas punktem meridianu pęcherzyka żółciowego jest jego punkt **przepustowy**, **PŻ 37**, łączący go z meridianem wątroby. Znajduje się on na zewnętrznej krawędzi kości strzałkowej, 5 cun powyżej wierzchołka kostki zewnętrznej. Ma głównie znaczenie lokalne, jednak stosowany jest również w zaburzeniach wzroku związanych ze schorzeniami nerwu wzrokowego oraz migrenach i bólach głowy.

Znajdujący się o 1 cun poniżej niego punkt **sedatywny** meridianu – **PŻ 38**, jak też leżący pomiędzy główkami IV i V kości śródstopia punkt **tonizujący** – **PŻ 43**, w praktyce masażu raczej nie znajdują zastosowania i dlatego nie są tu bliżej omawiane.

Meridian pęcherzyka żółciowego był dawniej uznawany za ten, z którego wychodzi siła decyzji, a także regulacja innych systemów. Istotne było także jego oddziaływanie na psychikę („żółć kogoś zalewa”). Dziś uważamy go raczej za meridian o specyfice rozkurczowej w stanach spastycznych, uznając jednak rzeczywiście jego wpływ na psychikę.

Za objawy **zespołu meridianowego** uważamy gorzki („żółciowy”) smak w ustach, zawroty głowy, gorączkę, bóle głowy, szczęk i zębów, głuchotę i szum w uszach, jak też – co oczywiste – bóle na przebiegu meridianu. **Punktem**

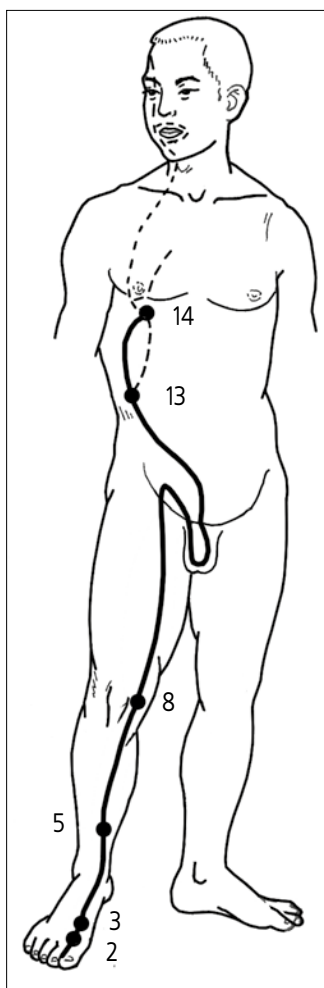
alarmowym jest „własny” punkt PŻ 24, zaś **punktem zgodności tylnej PM 19**, leżący w odległości 1,5 cun od końca wyrostka kolczystego X kręgu piersiowego (Th 10).



Meridian ścięgnisto-mięśniowy, właściwy dla omówionego meridianu, rozpoczyna się na IV palcu stopy i biegnie zewnętrzną jej krawędzią (1), skręca przed kostką zewnętrzną w górę, po czym krawędzią kości strzałkowej biegnie do stawu kolanowego (2). Następnie przebiega w górę zewnętrzną stroną uda (3), wypuszczając krótką odnogę kończącą się na przedniej powierzchni uda (4). Na wysokości stawu biodrowego uwalnia drugą odnogę (5), dochodzącą przez pośladek do brzegu kości krzyżowej. Gałąź główna biegnie dalej w górę powierzchnią boczną tułowia. Na wysokości XI żebra oddziela się od niej znowu odnoga boczna (6), przechodząca przez okolice sutka i łącząca się z gałęzią główną w dole nadobojczykowym. W tym czasie gałąź główna wznosi się nieodmiennie po powierzchni bocznej tułowia (7).

Z dołu nadobojczykowego meridian dochodzi do wyrostka sutkowatego (8) i dalej (9) do szczytu głowy (10), gdzie spotyka się z identycznym parzystym przebiegiem podążającym po drugiej stronie ciała. Na skroni oddziela się od niego wąska gałązka, która opada do żuchwy (11), biegnąc przed uchem, zakręca i wraca w górę, kończąc się pod okiem, które od dołu obejmuje z obydwóch stron (12).

Ostatnim w cyklu trzech obiegów energetycznych jest **MERIDIAN WĄTROBY (W)**, jako czwarty w swoim cyklu należący oczywiście do typu Yin stopy. Rozpoczyna się on na paluchu i biegnie najpierw grzbietem stopy ku górze przed



kostką wewnętrzną, następnie wewnętrzną stroną podudzia, gdzie krzyżuje się z meridianem śledziony/trzustki, oraz wewnętrzną stroną uda. Idąc dalej w górę, omija zewnętrzne narządy płciowe i przecinając podbrzusze, zbliża się do linii środkowej przedniej. Mniej więcej w połowie odległości pomiędzy kroczem a pępkiem odchyła się na zewnątrz i biegnie ukośną linią w kierunku dolnych żeber. Bieg swój kończy w VI przestrzeni międzyżebrowej, pod brodawką sutkową.

Na granicy żeber rozpoczyna się jego przebieg wewnętrzny, który swą pierwszą gałązką łączy się z wątrobą i pęcherzykiem żółciowym, a następnie, przebiwszy przeponę, biegnie ku głowie, gdzie oplata się wokół ust, łączy z oczami i kończy na szczycie głowy. Druga odnoga, wychodząc z wątroby, poprzez przeponę dociera do płuc, gdzie łączy się z wewnętrznym przebiegiem meridianu płuc, zamykając w ten sposób pełne trzy obroty obiegów energetycznych.

Meridian wątroby zawiera 14 punktów, spośród których najważniejszych dla masażysty jest 5.

- Na brzegu błony międzypalcowej, pomiędzy paluchem a palcem drugim (dokładniej zaś w odległości 0,5 cun od brzegu) leży punkt W 2. Ma on w pierwszym rzędzie działanie rozkurczowe na mięśnie gładkie, z których, jak wiadomo, zbudowane są przede wszystkim narządy wewnętrzne. Jest to również **punkt sedatywny** meridianu.

Działa głównie na narządy układu trawiennego w przypadku kolek, kurczów i zaparć o charakterze spastycznym. Stosuje się go także w chorobach wątroby i dróg żółciowych, układu moczowego (dysfunkcje zwieraczy oraz zapalenia

pęcherza i cewki moczowej), zaburzeniach cyklu miesięczkowego, zapaleniach gruczołu piersiowego oraz, co oczywiste, lokalnie w schorzeniach stopy.

- 5 cun powyżej wierzchołka kostki wewnętrznej, na tylnej krawędzi kości piszczelowej leży punkt **W 5**, będący punktem **przepustowym** meridianu, łączącym go z meridianem pęcherzyka żółciowego. Stosowany jest on ponadto w bólach brzucha, kolce jelitowej, zaburzeniach oddawania moczu, nieregularnym miesięczkowaniu i bólach podudzi.

- Jeśli kończynę dolną zegnijemy mocno w stawie kolanowym, na przyśrodkowym (wewnętrznym) końcu łańdu podkolanowego znajdziemy wrażliwy na ból **W 8**, będący punktem **tonizującym** meridianu.

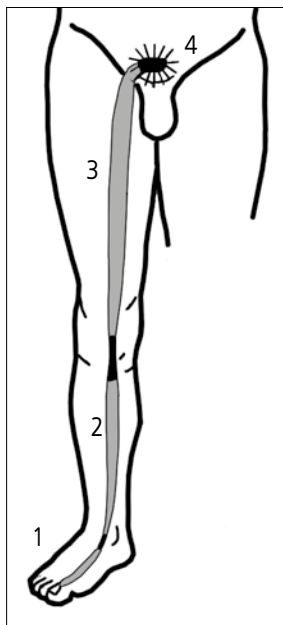
Stosujemy go lokalnie w schorzeniach stawu kolanowego i podudzi, jednak podobnie jak W 2 i W 5 używa się go również w przypadkach zaburzeń miesięczkowania, schorzeń żołądkowo-jelitowych oraz zaburzeń czynności wątroby.

- Jeśli punkt PŻ 25, znajdujący się, jak wiemy, na końcu XII żebra nazywać możemy „punktem dla łaskotliwych”, to tę samą nazwę nadać możemy leżącemu nieco wyżej i do przodu, na końcu żebra XI, punktowi **W 13**. Jest on jednak od poprzednio wymienionego o wiele ważniejszy, jest to bowiem punkt alarmowy meridianu śledziony/trzustki, stosowany ponadto przy chorobach uczuleniowych skóry, łącznie z S/T 10. Należy on także do tzw. punktów **przemiany materii**.

Stosowany jest w schorzeniach wątroby, dróg żółciowych i trzustki, a także w przypadkach nerwicy, astmy i nadciśnienia tętniczego. **Uwaga jednak!** O ile nakłucia tego punktu w stanach zapalnych wątroby i dróg żółciowych są uzasadnione, o tyle masaż palcami, zwłaszcza w ostrych stanach chorobowych, jest zdecydowanie przeciwwskazany, szczególnie po prawej stronie. Także w stanach przewlekłych dopuszczalne są jedynie te techniki, które nie powodują nacisku na te narządy. Można co najwyżej stosować symulację pałeczką do masażu.

- Jeśli od brodawki sutkowej (u kobiet z dużym biustem od środka obojczyka) spuścimy linię pionową, to na przecięciu się jej z VI przestrzenią międzyżebrową znajdziemy końcowy punkt meridianu, którym jest **W 14**. Oprócz wskazań właściwych dla W 13 stosujemy go również w przypadkach schorzeń gruczołów sutkowych, zwłaszcza zaś w zaburzeniach laktacji (wydzielania mleka u kobiet karmiących). Jest również punktem **antyalergicznym** oraz **alarmowym** dla własnego meridianu.

Meridian wątroby tradycyjnie był traktowany jako oddziałujący przede wszystkim na psychikę. Także i w języku polskim pojęcie „wątrobiarza” kojarzy się bardziej z charakterem niż ze schorzeniami tego organu.



Narząd ten kształtować miał zatem energię psychiczną osobnika, ale także stan napięcia jego mięśni i ścięgien – co z kolei, jak wiemy, ma znaczenie i dla psychiki. Dziś meridian ten określamy raczej jako działający rozkurczowo i odpowiedzialny za przyswajanie energii nabytej z pożywieniem, czyli Qi nabytego. W związku z tym istotne jest również jego znaczenie dla przemiany materii.

Do **zespołu meridianowego** należą następujące objawy: odczucie rozpierania w klatce piersiowej, bóle krzyża, wymioty, zaburzenia oddawania moczu, moczenie nocne, bóle podbrzusza, choroby i dysfunkcje narządów płciowych, a także charakterystyczne odczucie „pokrycia twarzy kurzem”.

Punktem alarmowym jest, jak już wiemy „własny” punkt W 14, natomiast **punktem zgodności tylnej** PM 18, leżący na wysokości końca wyrostka kolczystego Th 9, jak zwykle w odległości 1,5 cun od linii środkowej tylnej.

Meridian ścięgno-mięśniowy jest znacznie krótszy od klasycznego, któremu jest przyporządkowany. Można go opisać pokrótce w ten sposób, że od palucha biegnie przez grzbiet stopy (1), podudzie (2) i udo (3) tą samą drogą co meridian klasyczny. Dopiero na wysokości pachwiny skręca nad zewnętrzne narządy płciowe i w przybliżeniu nad pęcherzem moczowym kończy swój przebieg (4).

Meridiany cudowne

Opis meridianu wątroby zakończył, jak już wiemy, omówienie trzech obiegów energetycznych obejmujących łącznie 12 parzystych meridianów, ułożonych symetrycznie względem osi ciała (dla celów roboczych nazwaliśmy je *klasycznymi*, chociaż nie jest to w żadnym przypadku nazwa oficjalna). Na tym jednak nie koniec. Poza nimi bowiem (i odpowiadającymi im meridianami ścięgno-mięśniowymi) istnieją, jak wcześniej wspomniano, meridiany dodatkowe, zwane *cudownymi* lub *królewskimi*. Jest ich łącznie 8 i stanowią w gruncie rzeczy zbiorniki, do których w przypadkach „awaryjnych” może być odprowadzany nadmiar energii krążącej.

Z tych ośmiu kanałów dwa są zawsze łączone z meridianami głównymi (stąd też zwykle podaje się, że istnieje 14 par meridianów podstawowych). Są to:

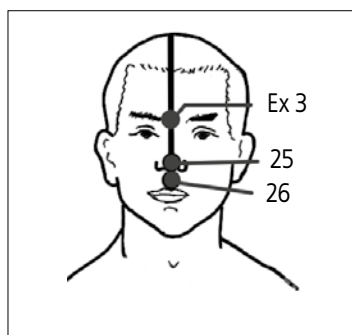
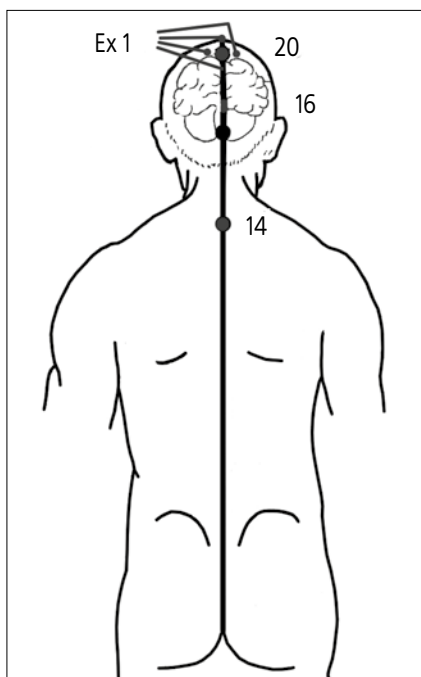
1. Główny Regulator Tylny – odpowiedzialny za energię Yang;
2. Główny Regulator Przedni – odpowiedzialny za energię Yin.

Od pozostałych znanych nam już meridianów różnią się one tym, że:

- a) są nieparzyste;
- b) mają własny specyficzny przebieg energetyczny, niezależny od omówionych uprzednio obiegów;
- c) co za tym idzie, nie mają punktów tonizujących, sedatywnych, źródłowych itd.;
- d) nie mają przyporządkowanych meridianów ścięgniasto-mięśniowych.

Mają one także swoje własne punkty (inne meridiany *cudowne* korzystają wyłącznie z punktów meridianów klasycznych, łącząc je jedynie w inny, właściwy sobie sposób).

GŁÓWNY REGULATOR TYLNY (GRT) leży dokładnie na linii środkowej tylnej. Rozpoczyna się on w narządach rozrodczych, a zatem w jamie miednicy, następnie biegnie wzdłuż linii wierzchołków kolczystych wszystkich kręgow, przez szczyt głowy, pomiędzy oczami, grzbietem nosa aż do punktu położonego pomiędzy nosem a górną wargą. W odróżnieniu od akupunktury, w masażu rzadko kiedy jest wykorzystywany samodzielnie, a jeśli już z niego korzystamy, to zazwyczaj głównie z punktów leżących na tym samym poziomie co punkty zgodności tylnej.



Jak już wspomnieliśmy wcześniej omawiając meridian pęcherza moczowego, w odległości 0,5 cun od linii GRT leży linia punktów HUA-TUO. Znajdują się one każdorazowo na wysokości odpowiadających im punktów meridianu pęcherza moczowego i stosowane są przy tych samych wskazaniach – z tym że punkty meridianu PM stosujemy chętniej w schorzeniach przewlekłych, natomiast w stanach ostrych stosujemy je przeważnie łącznie z punktami HUA-TUO. Masując punkty HUA-TUO chwytem „szczypczykowym”, stymulujemy jednocześnie pomiędzy palcami punkty GRT.

Powstający w ten sposób po obydwóch stronach kręgosłupa pas kilkucentymetrowej szerokości pełni w pewnym sensie funkcję meridianu ścięgniasto-mięśniowego należącego do GRT i stanowi podstawę terapii chorób wewnętrznych, chociaż punkty te znajdują zastosowanie także w leczeniu schorzeń grzbietu i krzyża. Masaż tego pasa, który w kolejnych rozdziałach omówiony zostanie dokładniej, nazywamy „masażem 7 linii”.

Ponadto korzystamy z 6 punktów leżących na GRT.

- Pierwszym z nich jest należący do „wielkiej czwórki” punkt **GRT 14**. W punkcie tym, położonym pod wierzchołkiem wyrostka kolczystego C 7, spotykają się (pośrednio lub poprzez specjalne odgałęzienia) wszystkie meridiany Yang, a zatem oddziałując na ten jedyny punkt, stymulujemy 6 meridianów (JG, Ż, JC, PM, PO, PŻ).

Jest to bardzo silny punkt **immunostymulujący**, stosowany także w zmęczeniu fizycznym i psychicznym, stąd zwany **punktem 100 zmęczeń**. Jest ponadto stosowany w przypadkach astmy i innych schorzeń oskrzelowych, także przy bólach głowy (szczególnie potylicznych) i zespołach bólowych kręgosłupa szyjnego.

- Z tyłu czaszki, w samym środku kości potylicznej wyczuwalny jest wyraźny guzek, noszący miano guzowatości potylicznej zewnętrznej. We wgłębieniu poniżej tego guzka, pomiędzy potylicą a pierwszym kręgiem szyjnym, leży punkt **GRT 16**.

Stymulacja jego poprawia ukrwienie mózgu, stosuje się go także w bólach głowy (szczególnie potylicznych), chorobach oczu, bólach kręgosłupa szyjnego, a także w rehabilitacji po wylewach krwi do mózgu.

- Na skrzyżowaniu linii środkowej tylnej z najkrótszą linią łączącą ze sobą wierzchołki uszu, w wyczuwalnym (choć niekiedy z trudem) zagłębieniu leży punkt **GRT 20**. W akupunkturze jest to jeden z punktów podstawowych, w masażu natomiast, ze względu na owłosioną skórę, stosuje się go rzadziej.

Ma zdecydowane działanie uspokajające, jak też ogólnie wzmacniające. Poprawia korowe funkcje mózgu (także myślenie), stąd też niektórzy autorzy nazywają go **punktem intelektualnym**. Zwany jest także **punktem 100 spotkań** lub

stukrotnym zbieraczem, ponieważ przypisuje mu się połączenia ze wszystkimi prawie meridianami (za pośrednictwem ich drobnych odgałęzień).

Wokół tego punktu ułożone są w odległości 1 cun cztery punkty (po dwa na liniach środkowej tylnej i łączącej wierzchołki uszu) określane jako **Extra 1** lub **4 mądrych bogów**. W praktyce masażu wyobrażamy je sobie jako krążek o średnicy 2 cun (a zatem ok. 5 cm), w którego środku leży GRT 20, co bardzo upraszcza sprawę.

- Tuż powyżej nasady nosa, w miejscu, gdzie zbiegają się wyimaginowane linie przedłużenia brwi, leży wspomniany wcześniej punkt **Extra 3**, zwany **punktem cudownym**. Nie jest on liczony w numeracji punktów GRT (aczkolwiek niektórzy współcześni autorzy niekiedy tak czynią), niemniej leży dokładnie na jego przebiegu. Stymulacja tego punktu oddziałuje korzystnie na czołowe bóle głowy (zwłaszcza w połączeniu z PM 2, z którym tworzy tzw. przedni trójkąt magiczny), choroby nosa i zapalenie zatok. Jego spokojny masaż opuszką palca działa uspokajająco (na dzieci wręcz usypiająco), poprawia nastrój i ułatwia skupienie myśli. Działa również w przypadkach nadciśnienia tętniczego i omdleniach wywołanych skokiem ciśnienia *w górę*.

- Na samym czubku nosa leży punkt **GRT 25**. Znany jest on dobrze służbom policyjnym oraz ratownikom pogotowia zarówno na Wschodzie jak i w Europie, chociaż często nie znają one jego akupunkturowego pochodzenia. Jest to punkt **cucący**, stosowany jednak najczęściej w jednym tylko przypadku – kiedy chcemy *otrzeźwić człowieka zamroczonego alkoholem* (UWAGA – nie narkomana!), jednak należy pamiętać, że jego silne drażnienie prowadzi przeważnie do wymiotów!

- Pod nosem, w górnej 1/3 bruzdy łączącej nos z wargą górną, znajduje się punkt **GRT 26**, będący przede wszystkim bardzo efektywnym punktem **reanimacyjnym**. Stosuje się go szczególnie w przypadkach udaru słonecznego i ciepłego, także przy pobudzeniu psychicznym. Współczesne badania (dr H. Bahr) wykazały również, że ma on działanie hamujące apetyt, stosuje się go zatem również w kuracjach odchudzających.

GRT, nie będąc meridianem klasycznym, nie posiada ani punktów alarmowych, ani punktów zgodności tylnej (choć niektórzy autorzy skłonni są przypisywać mu w tym charakterze punkt PM 16, leżący na wysokości wierzchołka wyrostka kolczystego Th 6).

Do **zespołu meridianowego** należą choroby gorączkowe, nadmierna pobudliwość, sztywność i bóle kręgosłupa, karku i głowy, skurcze mięśni grzbietu oraz stany po wylewach krwi do mózgu.

Masaż każdego cudownego kanału różni się od masażu meridianów klasycznych także tym, że łączymy go zawsze ze stymulacją tzw. punktu **kardynalnego**

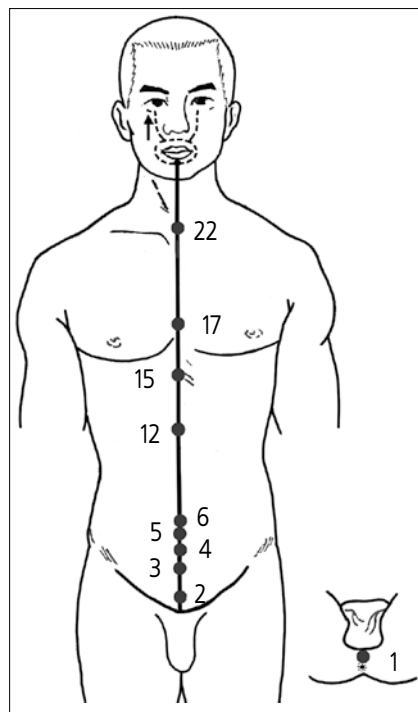
łączącego go z systemem obiegów energetycznych i pełniącego w pewnym sensie funkcję „włącznika”.

W przypadku GRT punktem tym jest **JC 3**. Stymulujemy go (najlepiej pałeczką) zawsze **przed** przystąpieniem do masażu większej ilości punktów leżącym na tym meridianie, a przede wszystkim przed wspomnianym już wielokrotnie „masażem 7 linii”.

Wzdłuż linii środkowej przedniej przebiega drugi kanał cudowny – **GŁÓWNY REGULATOR PRZEDNI (GRP)**, będący kanałem zbiorczym dla meridianów Yin. Podobnie jak GRT, nie ma on ani przebiegu wewnętrznego, ani meridianu ścięgnisto-mięśniowego. Należy tu jednak zaznaczyć, że zdaniem niektórych autorów obydwa kanały (i tylko te dwa spośród wszystkich kanałów cudownych) mają jednak przebieg wewnętrzny, odbywający się tą samą drogą, a jedynie położony nieco głębiej. Jest to jednak czysta spekulacja niemająca ani wystarczającego uzasadnienia teoretycznego, ani – przynajmniej w zakresie masażu – jakiegokolwiek znaczenia praktycznego.

Główny Regulator Przedni rozpoczyna się w kroczu i biegnie wzdłuż linii środkowej przedniej aż do wargi dolnej.

W praktyce masażu wykorzystuje się najczęściej 10 punktów z ogólnej liczby 24.



- Pierwszy punkt – **GRP 1** – położony jest w połowie odległości pomiędzy zewnętrznymi narządami płciowymi a odbytem. Ze względu na raczej kłopotliwe położenie, masaż jego wykonuje się nader rzadko, jeśli jednak zastosowanie go jest wskazane, tzn. u mężczyzn głównie w przypadkach impotencji i patologicznych wytrysków nasienia, natomiast u kobiet w utrudniającej współżycie płciowe potliwości kroczu i obrzęków warg sromowych, należy raczej skłonić pacjentkę (pacjenta) do automasażu.

- Bezpośrednio na górnym brzegu spojenia łonowego leży punkt **GRP 2**. Również i on jest w masażu stosowany dość rzadko (z tych samych względów co GRP 1), głównie w przypadkach schorzeń układu moczowego i narządów rozrodczych.

- Aby ustalić lokalizację następnych punktów, odcinek pomiędzy górnym brzegiem spojenia łonowego a środkiem pępka dzielimy na 5 równych odcinków, stanowiących w tym przypadku cuny proporcjonalne (jest to zresztą chyba najpopularniejszy przykład ich zastosowania). W odległości 1 cun powyżej spojenia łonowego leży punkt **GRP 3**, zwany tradycyjnie **źródłem energii**. Jest on punktem alarmowym meridianu pęcherza moczowego.

Wskazania do jego stosowania są w zasadzie te same, co dla GRP 2, stosowany jest on również zgodnie z wspomnianą nazwą w przypadkach braku energii i odczuciu zmęczenia, szczególnie u kobiet.

- Jeden cun wyżej znajduje się punkt **GRP 4**, określany jako **wrota życia**. Masowanie go **w okresie ciąży** jest bezwzględnie przeciwwskazane ze względu na możliwość (choć głównie dotyczy to nakłuwania) wywołania poronienia. Możliwość ta nie jest jednak aż tak pewna, aby nakłuwanie tego punktu stanowić miało narzędzie przerywania ciąży, mówić można raczej o niepożądanych, potencjalnych działaniach ubocznych.

Dziś stosuje się go jako punkt ogólnie wzmacniający, szczególnie u osób w starszym wieku, ponadto przy schorzeniach układu moczopłciowego, bólach brzucha i wyczerpaniu psychicznym. Przypisuje mu się także działanie wzmacniające mięśnie przy istniejącej tendencji do nawracających przepuklin pachwinowych.

- Kolejnym punktem, leżącym znowu o 1 cun wyżej, a zatem 2 cun poniżej środka pępka, jest **GRP 5**. Nosi on nazwę **punktu wiecznej młodości** i tradycyjnie stosowany jest u kobiet jako punkt odmładzający. Podobnie jak część autorów, i ja osobiście jestem przekonany, że wynika to z nieporozumienia. Punkt ten według tradycji ma mianowicie właściwości predestynujące go do regulacji urodzin: częste jego nakłuwanie prowadzić ma do przejściowej niepłodności kobiecej. Ponieważ zaś kobiety często rodzące szybciej się starzały, zapobieganie niepożądaney ciąży utrzymywało je w stanie względnej młodości. We współczesnej praktyce (szczególnie domowej) nie należy jednak na to liczyć, jako że prowadzone współcześnie w kilku ośrodkach amerykańskich i europejskich badania efektu tego nie potwierdziły, a już na pewno nie jeśli idzie o masaż. Pośrednim tego potwierdzeniem może być zresztą fakt, że nawet w czasie chińskiej „rewolucji kulturalnej”, kiedy medycyna ludowa, a z nią i akupunktura przeżywały swój w pewnym sensie „wymuszony” rozwój, dla celów antykoncepcyjnych posługiwano się masowo bibułkami nasączonymi preparatami hormonalnymi (zastępującymi pigułki).

Dziś punkt ten ma znaczenie głównie jako podstawowy punkt alarmowy meridianu potrójnego ogrzewacza.

- Razem z wymienionymi ostatnio stosowany jest punkt **GRP 6** leżący 0,5 cun wyżej, zwany **morzem energii** lub **morzem płodności**. Oprócz działania ogólnie wzmacniającego w stanach wyczerpania fizycznego i psychicznego przypisuje mu się wzmocnienie potencji u mężczyzn (jeśli GRP 5 jest punktem „kobięcym”, to GRP 6 „męskim”), a także wzmożenie aktywności plemników w nasieniu, co może być ważne dla małżeństw pragnących mieć dziecko.

- W połowie odległości pomiędzy środkiem pępka a wierzchołkiem wspomnianego wcześniej nieraz wyrostka mieczykowatego (chrząstki stanowiącej zakończenie mostka) leży punkt **GRP 12**. Jest to środkowy punkt alarmowy meridianu potrójnego ogrzewacza, a jednocześnie punkt alarmowy meridianu żołądka.

Stosowany jest w przypadkach choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, kolkach jelitowych, a także przy kołataniu serca na tle nerwicznym.

- Na samym końcu wyrostka mieczykowatego leży punkt **GRP 15**.

Stosuje się go w przypadkach duszniczy bolesnej, częstoskurczu napadowego serca, w nadciśnieniu tętniczym i astmie oskrzelowej. Wszystkie te wskazania opierają się na jego silnym działaniu uspokajającym, zwłaszcza w połączeniu z GRT 20 (wraz z otaczającą go strefą „4 mądrych bogów”) lub Extra 3.

- Niezwykle ważnym punktem jest leżący na wysokości IV przestrzeni międzyżebrowej (u mężczyzn na wysokości brodawek sutkowych) punkt **GRP 17**. Jest to górny, „oddechowy” punkt alarmowy meridianu potrójnego ogrzewacza, jednocześnie zaś punkt alarmowy meridianu osierdza.

Określa się go jako **mistrza energii** i przypisuje mu oddziaływanie na wszystkie procesy zachodzące w klatce piersiowej. Stąd też wskazania do jego stosowania obejmują praktycznie wszystkie schorzenia tam przebiegające, dodatkowo zaś nerwobóle międzyżebrowe i choroby gruczołów sutkowych.

- Na wewnętrznej krawędzi wcięcia rękojeści mostka, tzn. w miejscu, gdzie mostek się rozpoczyna, znajduje się punkt **GRP 22**.

Jest to w pierwszym rzędzie punkt **przeciwkaszlowy**, stosowany również w astmie oskrzelowej (także przy ataku!), stanach skurczowych krtani, zapaleniu dolnych dróg oddechowych oraz innych chorobach przebiegających z kaszlem. Jest stosowany również w schorzeniach tarczycy.

GRP nie ma oczywiście ani punktu alarmowego, ani PZT. Podobnie jak GRT ma natomiast „włączający” go punkt **kardynalny**, którym jest **P 7**.

Na tym ostatnim punkcie kończymy opis poszczególnych meridianów i kanałów cudownych. Teraz możemy przejść do tego, czego z podręcznika nauczyć się najtrudniej – a mianowicie do poszczególnych **technik** masażu chińskiego.

Należy jednak pamiętać o tym, że istota tej kompleksowej metody polega nie tyle na specyficznych „chwytach” (choć są one niewątpliwie bardzo ważne), ile właśnie na znajomości punktów, meridianów i związanych z nimi wskazań.

Dlatego też osobiście radzę przejść do następnego rozdziału dopiero wtedy, gdy naprawdę uczciwie zaznajomimy się z treścią aktualnie zakończonego.

Techniki masażu chińskiego

- ☯ **Metody: sedatywna, tonizująca i harmonizująca**
- ☯ **Techniki oddziaływania na punkt**
- ☯ **Techniki oddziaływania na powierzchnie większe**
- ☯ **Uwagi dotyczące pracy terapeuty**

W technice masażu, jakikolwiek by on był i do jakiegokolwiek systemu by należał, nie ma żadnych uogólnionych, obowiązujących zaleceń (czy też raczej są, ale dotyczy to jedynie najprostszych, najbardziej podstawowych chwytów). Co za tym idzie, każdy prawie nauczyciel masażu prowadzi zajęcia w inny sposób, a jego uczniowie w technice pracy także będą różnić się pomiędzy sobą. I tak też być powinno, w ten bowiem jedynie sposób powstać może indywidualność terapeuty, będąca najbardziej cenioną przez pacjentów cechą. W końcu ta właśnie indywidualność najwyraźniej przekłada się na efekty terapeutyczne, te zaś z kolei na popularność masażysty wśród jego pacjentów.

Ta sama zasada dotyczy masażu chińskiego. Już w starożytności bowiem powstawały określone systemy techniczne właściwe poszczególnym miastom, czy też raczej istniejącym w nich szkołom (co przy wielkości kraju nie mogło być niczym dziwnym), a nawet lekarzom-nauczycielom. Zasadniczo jednak podstawowe chwyt masażu podzielono zgodnie z podstawowymi zasadami medycyny chińskiej na techniki Yang i Yin. Do każdego z tych układów przyporządkowano 4 chwyt podstawowe – łącznie zatem było ich osiem. Do dziś jednak, nawet w Chinach, nie są one ostatecznie usystematyzowane i techniki każdego prawie ośrodka szkoleniowego mają odmienne cechy i właściwości, które jednak zawsze wychodzą od 8 chwytów podstawowych.

Każdy szanujący się podręcznik dla profesjonalistów także od nich wychodzi. Ponieważ jednak niniejsza książka w założeniach swych nie jest przeznaczona dla fachowców, a głównie dla osób pragnących wynieść z jej lektury jak najwięcej korzyści dla siebie i swoich bliskich, pozwoliłem sobie zastosować w niej nieco inny podział, a mianowicie na dwie grupy technik:

- a) działające na punkty;
- b) działające na większe powierzchnie i meridiany ścięgnisto-mięśniowe.

Jak wiemy, sam meridian klasyczny nie ma substratu anatomicznego, stąd też oddziałujemy nań w sposób pośredni, poprzez stymulację odpowiednio dobranych punktów na nim położonych.

Zasadę oddziaływania w poszczególnych typach technik przedstawia poniższa tabela.

	Chwyty Yin (tonizujące, pobudzające)	Chwyty Yang (sedatywne, hamujące)
Intensywność	Delikatne, słabe	Narastające od delikatnego do silnego, a następnie słabnące
Głębokość działania	Powierzchnowe	Głębokie
Częstotliwość ruchów	Powolne – do 60 razy na minutę	Szybkie – od 120 razy na minutę
Kierunek masażu	Zgodny z energetyką meridianu ścięgnisto-mięśniowego (od peryferii do centrum – dosercowo)	Przeciwny energetyce meridianu ścięgnisto-mięśniowego (od centrum do peryferii – odsercowo)
Rytm	Ruchy rytmiczne	Ruchy nierytmiczne
Czas zabiegu	Krótki	Długi
Częstotliwość zabiegów	Codziennie	2–3 razy w tygodniu
Odczucie De Qi	Słabe, ledwie wyczuwalne, niekiedy niewyczuwalne	Silne, na granicy tolerancji bólu
Działanie	Stymulujące, aktywizujące, wzmacniające	Redukujące, przeciwbólowe, osłabiające, hamujące
Miejsce działania	Raczej lokalnie (w miejscu bólu), częściej meridiany Yin, masaż po stronie bólu	Raczej punkty oddalone od miejsc bolesnych, częściej meridiany Yang, często działanie po stronie przeciwnej do schorzenia

Zgodnie z zasadami wymienionymi w tabelce, ze względu na sposób pobudzania punktów i meridianów, tj. stopień intensywności bodźca i czas trwania, wyodrębnia się trzy metody masażu:

- uspokajającą (hamującą, sedatywną),
- pobudzającą (tonizującą, stymulującą),
- harmonizującą (neutralną).

Metoda sedatywna wbrew ogólnemu kojarzeniu pojęcia sedacji czyli uspokajania z ruchami łagodnymi, delikatnymi, w masażu chińskim określana jest jako silnie bodźcowa. Wybrane chwyt stosuje się przez czas dłuższy, mocno i szybko, przy czym odczucie De Qi graniczy z bólem i jest przez pacjenta niekiedy ledwie tolerowane. Pacjent może zatem odczuwać tę formę masażu jako brutalną, z tego też względu należy go do zabiegu przygotować psychicznie, uprzedzając o możliwości wystąpienia bólu zarówno podczas zabiegu, jak i po nim. Jak przedstawiono w tabelce, chwyt (poza punktowymi) wykonywane są przeciw kierunkowi energetyki meridianu ścięgno-mięśniowego, czyli **odśrodkowo**.

Metoda tonizująca działa pobudzająco, stymulująco. Zabiegi trwają krótko, muszą być natomiast stosowane często. Wykonuje się je chwytami delikatnymi, przeważnie **dośrodkowo**, czyli w kierunku dosercowym, przy czym często i chętnie stosuje się tzw. techniki rozgrzewające, przez co normalizuje się przepływ energii w meridianie i czynność osłabionych narządów.

Jeśli przy uczeniu się chcemy posłużyć się metodą mnemotechniczną, wyobraźmy sobie płynący strumyczek. Przy zabiegach należących do metody hamującej staramy się długimi i mocnymi ruchami rąk „zawrócić bieg” wody, przy metodzie tonizującej natomiast chcemy go przyspieszyć, „popędzając” wodę rękami.

Metoda harmonizująca stosowana jest głównie u osób ogólnie zdrowych, dla wzmocnienia organizmu i zapobiegania schorzeniom. Działa ona szczególnie korzystnie u osób pracujących umysłowo i przemęczonych psychicznie. Stosujemy chwyt średnio silne, przy czym ewentualne odczucie De Qi odbierane jest przez pacjenta jako umiarkowane, raczej przyjemne.

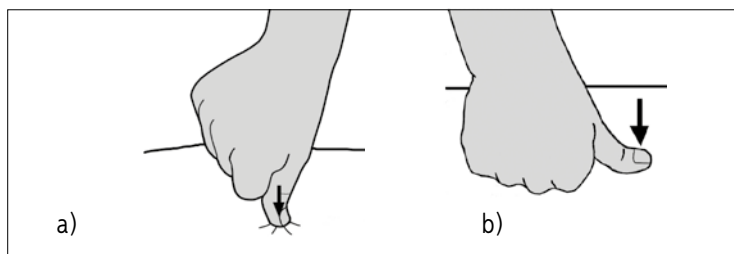
W tym miejscu należy dodać kilka słów na temat roli, jaką w masażu chińskim odgrywa w ogóle odczucie De Qi. Jest ono mianowicie w pewnym sensie miernikiem prawidłowości wykonywania zabiegu. Jeśli na przykład, stosując metodę tonizującą stwierdzimy, że pacjent uskarża się na zbyt silne odczucie drętwienia wzdłuż meridianu, wiemy, że zabieg wykonujemy za mocno i przybrał on charakter hamujący (i na odwrót).

Przejdźmy zatem do praktyki.

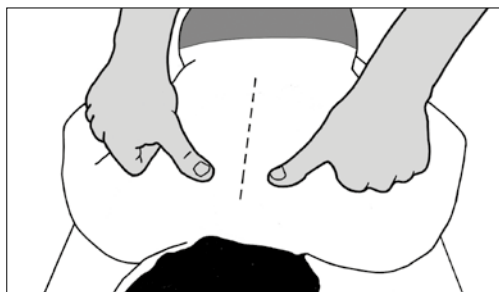
Techniki oddziaływania na punkt

Jak już wiemy, tradycyjny masaż chiński TUI-NA stanowi kombinację masażu punktowego i liniowo-płaszczyznowego, czyli działającego na większe powierzchnie, przy czym wszystkie techniki opierają się na ogólnej teorii meridianów. Ponieważ zaś szczególnie istotną rolę w stosowanych przez nas „recepturach” odgrywają właśnie punkty, jest rzeczą oczywistą, że techniki ukierunkowane na ich odpowiednie „opracowanie” mieć będą szczególnie ważne znaczenie. Rozróżniamy tu chwytty uciskowe, rotacyjne i takie, w których staramy się niejako „wyrwać” punkt z otaczających go tkanek. Przyjrzyjmy się im zatem bliżej.

UCISKANIE MIEJSCOWE KCIUKIEM jest to ucisk punktu bez odrywania palca od miejsca przyłożenia siły i bez wykonywania jakichkolwiek ruchów. W zależności od potrzeby, może być ono wykonywane zarówno czubkiem (a), jak i opuszką (b) kciuka.

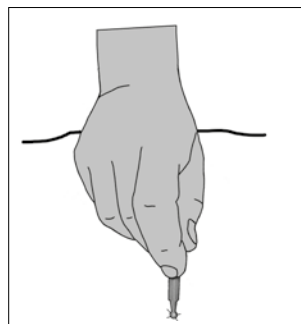


W określonych sytuacjach (masaż grzbietu) stosuje się ucisk symetryczny, jednocześnie po obydwóch stronach kręgosłupa.



W przypadku tej techniki (będącej szczególnie wskazaną w metodzie sedatywnej) dopuszczalne jest stosowanie „pomocy technicznej” w postaci zapożyczonej

z instrumentarium koreańskiej metody Su-Jok tzw. pałeczki akupresurowej, którą zresztą w większości przypadków doskonale może zastąpić np. drzewce zapalniczki lub końcówka wypisanego długopisu.

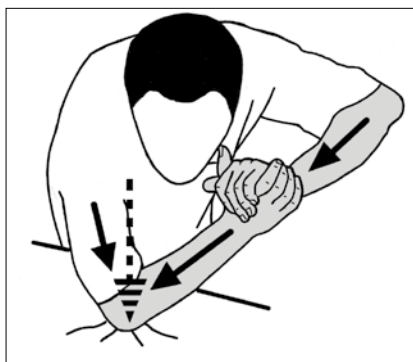


Ucisk wykonujemy z siłą stopniowo narastającą, przy czym nawet gdy jest silny, nie powinien wywoływać bólu. Unikać należy zarówno nagłego ucisku, jak też i nagłego odejmowania palca (czy też pałeczki).

Stosować możemy nacisk ciągły (————) lub przerywany (— — — —), ten ostatni przeważnie w rytmie sekundowym.

W zależności od siły nacisku bodziec dociera płyciej (skóra) lub głębiej (więzadła, a nawet okostna). Zabieg ten wykonujemy w klasycznych punktach akupunktury lub punktach spontanicznej bolesności. Jeśli chcemy oddziaływać silniej – naciskamy czubkiem kciuka lub pałeczką, jeśli słabiej – wykorzystujemy do tego celu opuszkę palca.

Na podobnych zasadach co uciskanie kciukiem, ale w miejscach szczególnie dobrze umiejscowionych – jak pośladki, uda, niekiedy grzbiet (poza okolicą nerek), stosujemy niekiedy bardzo silny bodziec hamujący, jakim jest **UCISKANIE MIEJSCOWE ŁOKCIEM**. Wybrany punkt naciskamy wierzchołkiem łokcia, przy czym drugą ręką regulujemy siłę nacisku.

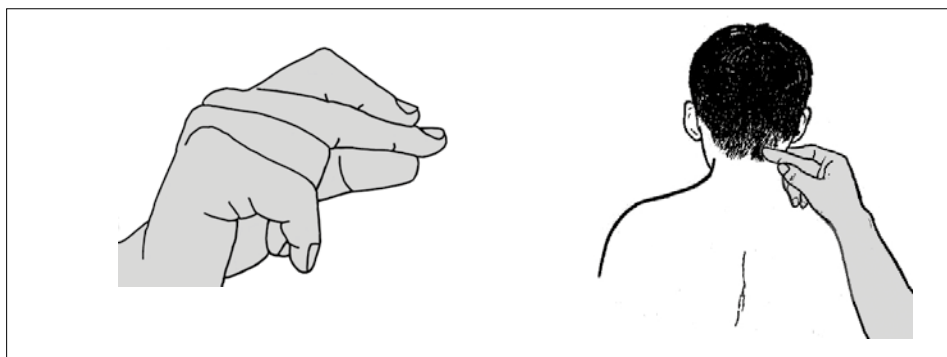


Pamiętamy przy tym, aby zabiegu tego nie stosować w miejscach, gdzie kość znajduje się płytko pod skórą, a także na brzuchu i na klatce piersiowej.

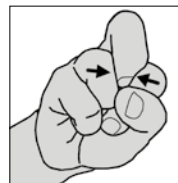
Odmianą uciskania miejscowego jest tzw. technika **IGŁOWA**. Ucisk jest tu o wiele dłuższy (nawet do 2 minut bez przerwy), niekiedy bardzo silny, przy czym szczególnie zależy nam na uzyskaniu odczucia De Qi. Jest to oczywiście metoda hamująca. Konieczne jest zatem dokładne dobranie i zlokalizowanie punktu. Najczęściej uciskamy kciukiem lub palcem środkowym.

W pierwszym przypadku przykładamy czubek (nie opuszkę!) lekko zgiętego kciuka, resztę palców zwijając w luźną pięść. Stymulację taką stosujemy przede wszystkim na kończynach (JG 4, Ż 36).

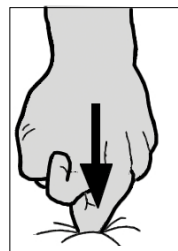
Na głowie i karku posługujemy się przeważnie końcem palca środkowego, ustabilizowanego pomiędzy kciukiem i palcem wskazującym w taki sposób, aby przy nacisku palec ten nie mógł się zgiąć.



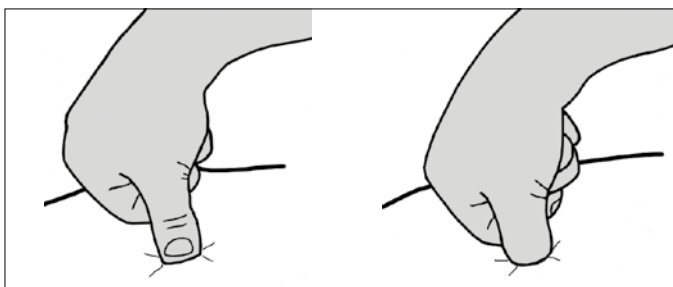
Technikę igłową wykonywać możemy także za pomocą **zgiętej kostki palca środkowego**. W tym celu palec ten zginamy w taki sposób, aby mógł być podtrzymywany i stabilizowany przez palce wskazujący i serdeczny (IV).



Podczas ucisku palec środkowy nie może „wjeżdżać” pomiędzy podtrzymujące go palce. Siła nacisku i głębokość penetracji są tu dość duże, a zatem technikę tę stosujemy w dobrze umięśnionych miejscach, tzn. tam, gdzie ucisk pojedynczym palcem byłby zbyt słaby. W praktyce posługujemy się nią jedynie przy masażu grzbietu, ud i barków.



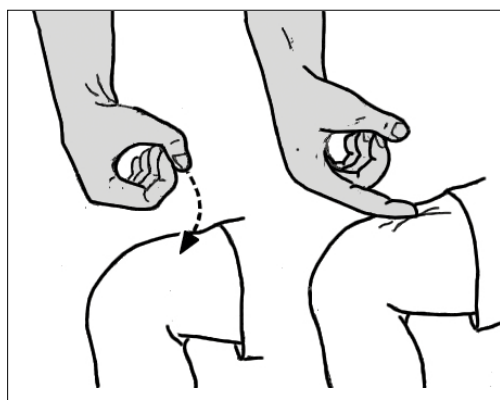
Techniką silnie oddziałującą na punkt, porównywalną wręcz z akupunkturą, jest tzw. **PRZETACZANIE KCIUKA**. Polega ono na tym, że jego opuszkę ustawiamy dokładnie nad punktem akupunkturowym, następnie zaś przesuwamy nadgarstek w taki sposób, aby kciuk załamał się w stawie międzypaliczkowym, uderzając nim o skórę.



Z kolei wracamy do pozycji wyjściowej. W efekcie uzyskujemy zginanie się i prostowanie kciuka, bez zmiany położenia leżącej na punkcie opuszki.

Jeśli przyłożony jak w technice igłowej koniec kciuka lub palca środkowego wprowadzimy w ruch drgający, będziemy mieć do czynienia z techniką **WIBRACJI**. Rozróżniamy tu wibrację poprzeczną (równoległą do powierzchni ciała) oraz prostopadłą do powierzchni. Obydwie te techniki wymagają od masażysty dużej sprawności ręki i długiego ćwiczenia. W dzisiejszych czasach masażyści posługują się chętniej elektrycznymi aparatami do masażu wibracyjnego.

Wibracja rozluźnia mięśnie i zmniejsza ból, stosuje się ją zatem często na zakończenie ucisku metodą igłową.

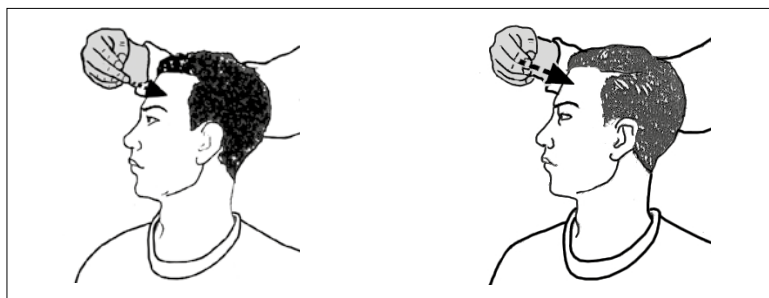


Prostą, ale niekiedy niezastąpioną techniką jest **PSTRYKANIE**. Polega ono, jak sama nazwa wskazuje, na pstrykaniu palcem w precyzyjnie określony punkt.

Jest to metoda łagodna, tonizująca (co za tym idzie, poszczególne pstryknięcia muszą następować bardzo szybko po sobie), stosowana szczególnie u dzieci, ale także w przypadkach ostrej rwy kulszowej i stanach zapalnych małych stawów

(np. palców) – masujemy wówczas w ten sposób okolice stawu (nie sam staw!). Technika ta doskonale uzupełnia się z omówioną w dalszym ciągu rozdziału techniką *cięcia*.

Intensywniejszą technikę polegającą na krótkim, ostrym stukaniu czubkami palców – pojedynczych (zwłaszcza środkowego, stabilizowanego jak w technice igłowej) lub złożonych koncentrycznie w „szczyptę” kciuka z palcami wskazującym i środkowym – nazywamy **STUKANIEM** lub **DŹGANIEM**.



Podobnie jak wibracja, technika ta wymaga od masażysty dużej sprawności technicznej i elastyczności stawów ręki, szczególnie zaś nadgarstkowego, z którego wychodzi impuls. Należy uważać na rytm uderzeń i ich regularność. Uderzenia powinny wywoływać wewnętrzną wibrację docierającą aż do kości. Technikę tę stosujemy w miejscach, gdzie kości leżą płytko pod skórą (czaszka, mostek itp.).

Jeśli przyłożony do skóry palec (szczególnie kciuk) zaczniemy przesuwając do przodu i do tyłu bez odrywania od niej palca (ruch ten nazywamy posuwisto-zwrotnym), otrzymamy technikę, która w masażu chińskim nosi nazwę **PRZESUWANIA**.

Siła nacisku palca zależna jest od miejsca, które masujemy, tzn. w miejscach bardziej umięśnionych będzie ona większa, natomiast w mniej umięśnionych – mniejsza. Bodziec dotrzeć musi do tkanki podskórnej, a nawet niekiedy do kości, czy też raczej do bogatej w zakończenia nerwowe jej powierzchownej warstwy zwanej okostną. Siłę nacisku uzależniamy także od charakteru choroby (ostra czy przewlekła) oraz stanu chorego.



W chorobach ostrych i stanach ciężkich stosujemy nacisk mniejszy, zaś częstotliwość ruchu wynosi ok. 60 razy na minutę, czyli raz na sekundę. Mamy wówczas do czynienia z metodą tonizującą. Jeśli nacisk może być większy, zaś częstotliwość ruchów wynosi ok. 120 razy na minutę (czyli 2 razy na sekundę), metoda zmienia się w hamującą. Stosowana jest wówczas przy lepszym stanie ogólnym pacjenta, głównie w schorzeniach przewlekłych.

Odczucia pacjenta w żadnym przypadku nie mogą przekroczyć granicy bólu. Miejsce przyłożenia palca należy wybrać bardzo starannie, tak aby przesuwając się, nie ślizgał się po powierzchni skóry.

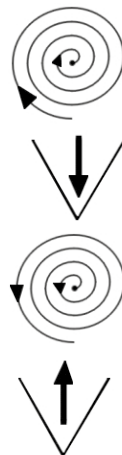
Drugą grupę technik oddziałujących na punkt stanowią **techniki rotacyjne**, do których zaliczamy pocieranie i ugniatanie okrężne. Zasadniczą różnicę pomiędzy nimi stanowi sposób „traktowania” skóry, niekiedy specjalnie napiętej przy pomocy drugiej ręki: przy **pocieraniu** palec porusza się po powierzchni skóry,

przy **ugniataniu** natomiast „zabiera” skórę ze sobą. W obydwóch technikach przeważnie posługujemy się kciukiem.

POCIERANIE OKRĘŻNE wykonywane jest w następujący sposób: opuszką kciuka przyłożonego do napiętej powierzchni skóry wykonujemy ruchy **spiralne**. Czynimy to w dwojaki sposób:

- zmniejszając promień ruchu od kółka o średnicy 1,5–2 cm do punktu znajdującego się w centrum spirali, czyli dośrodkowo (dla prawej ręki będzie to ruch w kierunku przeciwnym do ruchu wskazówek zegara), przy czym nacisk się zwiększa, a palec dociera coraz bardziej w głąb tkanki – jest to technika tonizująca;

- od środka ruchem spiralnym na zewnątrz, czyli odśrodkowo (dla prawej ręki jest to ruch w kierunku zgodnym ze wskazówkami zegara), najpierw palec uciska w centrum, a następnie zmniejsza nacisk, idąc „do góry” – jest to technika hamująca.



Siła nacisku musi być tak dobrana, aby w każdym przypadku bodziec dotarł do tkanki podskórnej. Przy masażu sedatywnym częstotliwość ruchów musi być wysoka – nawet do ok. 200 razy na minutę – zaś siła nacisku najpierw stopniowo narasta, potem z kolei maleje. Przy masażu tonizującym ruchy są powolne (1–2 ruchy na sekundę), zaś siła nacisku powinna być stała, ale niewielka.

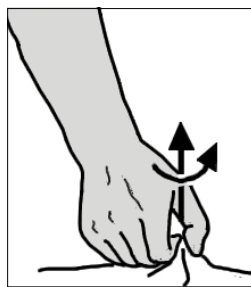
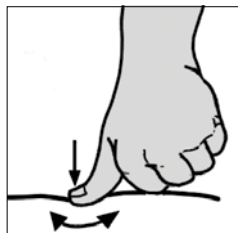
Techniki te stosuje się na początku całego masażu lub po zabiegu uciskania miejscowego, szczególnie zaś po technice igłowej. Można działać jedną ręką lub oburącz, przy czym w drugim przypadku ważne są zarówno koordynacja rytmiczna obydwóch rąk oraz symetria ich ułożenia (zwłaszcza po obydwóch stronach kręgosłupa), jak i równa w obydwóch rękach siła nacisku, co wbrew pozorom wcale nie jest łatwe.



Przy **UGNIATANIU OKRĘŻNYM** ruchy wykonuje się podobnie, jednak bez przesuwania palca po skórze, poruszając w ten sposób tkanki podskórne. Zazwyczaj pracujemy powoli, jedną ręką, stosując niewielką siłę, przez co uzyskujemy efekt stymulujący, zmniejszający ból.

Technikę tę stosujemy głównie w masażu tonizującym lub harmonizującym (neutralnym).

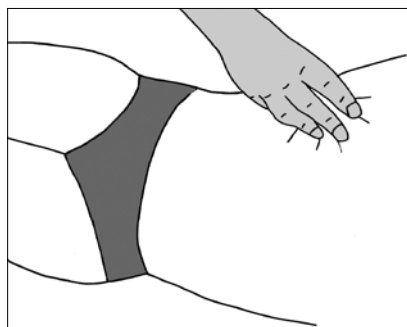
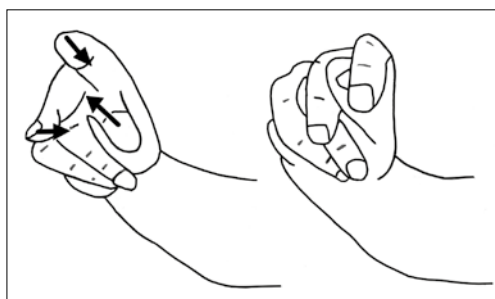
Trzecią, charakterystyczną dla masażu chińskiego, grupę technik oddziałujących na punkt stanowią te, w których nie uciskamy na niego, a przeciwnie, niejako usiłujemy go „wyrwać” z otaczających tkanek. Rozróżniamy tu techniki szczypania i chwytania.



SZCZYPANIE polega na tym, że kciukiem i palcem wskazującym chwytny mały kawałek skóry, lekko podciągamy, skręcamy i puszczaemy (jest to zatem po prostu znany nam z lektury Wańkowicza „szczyp z zakręceniem”). Sprawne wykonanie tej techniki wymaga jednak dobrego wyćwiczenia w wolnym tempie! Po prawidłowo wykonanym zabiegu skóra powinna wyraźnie się zaczerwienić.

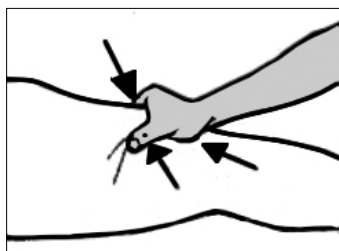
Technikę tę stosujemy na plecach, karku i brzuchu, przy czym możemy oddziaływać zarówno na punkty akupunkturalne (ok. 5–10 razy na każdy), jak i na większej przestrzeni, miejsce obok miejsca. Zabieg ten wykonywać należy lekko i powoli – ok. 30 razy na minutę – ponieważ wbrew pozorom jest to typowa technika tonizująca, stosowana np. w rwie kulszowej.

CHWYTANIE polega na podnoszeniu skóry, tkanki podskórnej i powierzchownych mięśni na ograniczonej przestrzeni w bezpośredniej bliskości punktu akupunkturalnego, również tak, jakbyśmy chcieli wyrwać go ze skóry – jednak bez skręcania. Jest to technika sedatywna,



ruchy powinny być zatem w tym przypadku dość szybkie, 3–6 razy w jednym miejscu, aż do wywołania odczucia De Qi.

Do wykonywania tej techniki w masażu punktowym używamy albo trzech (kciuka, wskazującego i środkowego), albo, szczególnie u osób „puszystych”, pięciu palców. W pierwszym przypadku stosujemy techni-



Chwytywanie trzema palcami
– figa



Chwytywanie pięcioma
palcami – gwiazdka

kę, którą roboczo nazywamy *figą*, polegającą na przesunięciu kciuka pomiędzy ustawionymi w widełki pozostałymi palcami i uniesieniu tkanek w górę, w drugim stosujemy technikę *gwiazdki*, podczas której ustawione kółki czubki wszystkich palców zbliżają się koncentrycznie ku sobie.

Techniki oddziaływania na większe powierzchnie

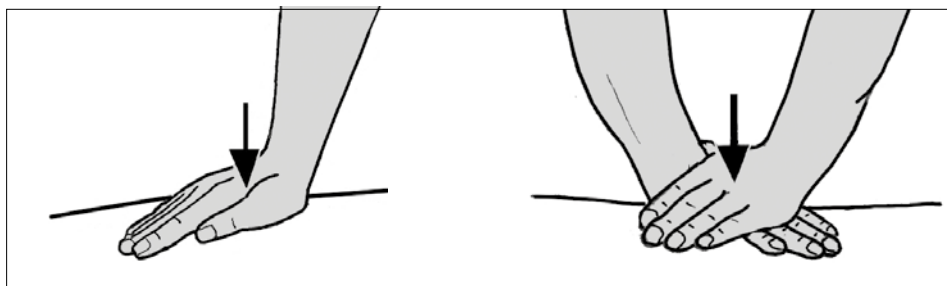
Wyżej omówione techniki szczegółowe (są jeszcze i inne) są podstawą masażu **punktowego**, czyli **akupresury**. Jak widać, nie polega on jedynie, jak można by wnioskować z niektórych podręczników, na prostym uciskaniu, czy też rozcieraniu punktów.

Drugą grupę stanowią techniki oddziałujące na powierzchnie większe, a zatem głównie grupy punktów o zbliżonym działaniu, jak również zabiegi wchodzące w skład tzw. masażu meridianowego.

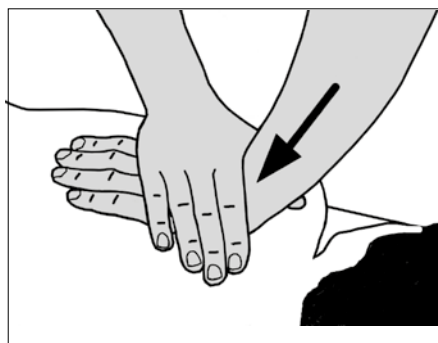
Pierwszą z nich jest, podobnie jak w masażu punktowym, **UCISKANIE MIEJSCOWE**, tym razem wykonywane dłonią. Polega ono na prostym uciskaniu (ciągłym lub przerywanym) określonej powierzchni wnętrzem dłoni, bez przesuwania jej po skórze, co możemy wykonywać jedną ręką, oburącz (druga dłoń ułożona na pierwszej „na krzyż”, przy czym kciuk „zaczepia” się o drugą rękę, wzmacnia i jednocześnie kontroluje siłę nacisku) oraz w postaci naprzemiennego uciskania położonych obok siebie miejsc (np. na udzie).

Zabieg ten wykonujemy na dużych powierzchniach ciała, przy czym masaż uciskowy brzucha należy bezwzględnie korelować z oddechem: nacisk przy

wydechu, zwolnienie nacisku (jednak bez odrywania ręki od ciała) przy wdechu. Zapobiegamy w ten sposób występowaniu nieprzyjemnych odczuć i sensacji u pacjenta.



Specyficzną formą tej techniki jest **SPRĘŻYNOWANIE KRĘGOSŁUPA**. Masażysta stoi twarzą do nóg pacjenta, kładąc rękę na kręgosłupie w okolicy górnych kręgów piersiowych w taki sposób, aby linia wierzchołków wyrostków kolczystych (a zatem GRT) przebiegała środkiem nadgarstka oraz wzdłuż trzeciej kości śródręcza i palca środkowego (palce skierowane są oczywiście w kierunku stóp). Druga ręka może (aczkolwiek nie musi) leżeć na pierwszej „na krzyż”, w sposób uprzednio opisany. Uciskamy w sposób przerywany, rytmicznie, synchronizując ruch z oddechem (nacisk na wydechu, odjęcie ręki na wdechu) całą dłońią po kilka razy, po czym przesuwamy ją o 2–3 kręgi dalej.



Masaż ten wykonujemy zasadniczo tylko na kręgosłupie piersiowym, jeśli natomiast chcemy kontynuować go na odcinku lędźwiowym (co zresztą nie jest specjalnie wskazane), należy podłożyć pod brzuch pacjenta poduszkę lub zwinięty koc, aż do uzyskania zniesienia lordozy.



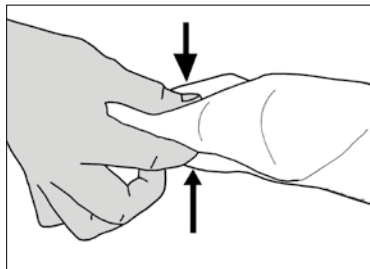
Podobną przerywaną technikę stosujemy także przy masażu głowy. Wówczas dłonie układamy na skroniach pacjenta, końce palców na szczycie głowy i naciskamy lekko, rytmicznie w kierunku dogłównym. Także i tu wskazana jest synchronizacja z oddechem.

Często stosowaną w masażu chińskim techniką jest **ŚCISKANIE**.

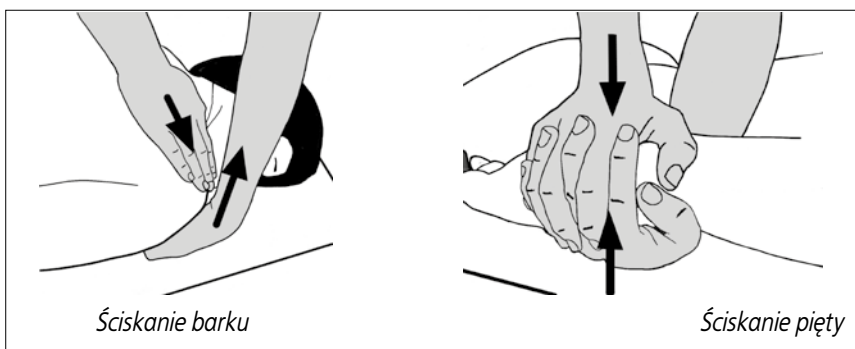
W czasie tego zabiegu tkanki są trzymane w taki sposób, że oddziałuje na nie siła jednocześnie z dwóch stron. Pobudza to krążenie krwi i limfy, przede wszystkim jednak intensyfikuje przepływ energii Qi. Stosowane są tu dwa chwytów:

- a) **widelkowy**, czyli ściskanie pomiędzy kciukiem a przeciwstawnym palcem wskazującym, niekiedy wspieranym pozostałymi palcami.

Jest on stosowany szczególnie chętnie tam, gdzie po obydwóch stronach kończyny znajdują się symetrycznie położone punkty o podobnym działaniu (np. PM 60 i N 3);



- b) **ściskanie splecionymi dłońmi**. Wykonując go spleatamy palce obydwóch rąk i powierzchniami dłoniowymi obejmujemy np. staw barkowy, czy też mięśnie uda. Uzyskujemy w ten sposób dość znaczną siłę nacisku.



W każdym ze stosowanych chwytów nie wykonujemy dodatkowych ruchów, ograniczając się do kilkurazowego ściśnięcia z narastającą siłą, przez kilka do nawet kilkunastu sekund.

Jeśli dłoń ułożoną płasko na ciele pacjenta wprowadzimy w ruch drgający, uzyskujemy technikę **WIBRACJI** mającą, jak wiemy, działanie rozluźniające i przeciwbólowe. I tu rozróżniamy dwie formy tej techniki: prostopadłą i równoległą do ciała. Możemy jednak wyróżnić także inny sposób podziału, mianowicie na techniki bezpośrednie i pośrednie.

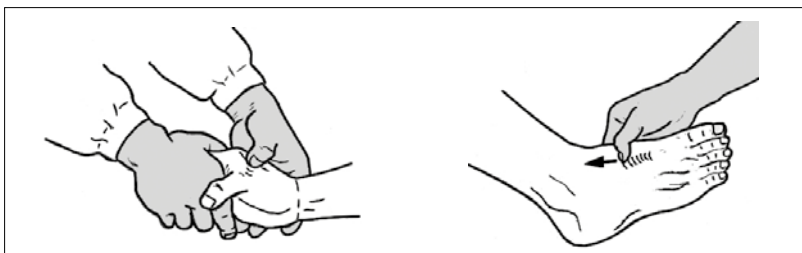
Przy vibracji bezpośredniej po prostu masującą ręką wykonujemy ruch drgający. W drugim przypadku mamy do wyboru dwie możliwości:

- a) na położonej płasko dłoni kładziemy (pionowo, prostopadłe do niej) koniec środkowego palca drugiej ręki i w sposób omówiony przy masażu punktowym wykonujemy nim vibrację. Z zasady na ciele pacjenta układamy wówczas

dłoń lewą, wibrację zaś wykonujemy prawą (u osób leworęcznych postępujemy oczywiście odwrotnie);

- b) na ułożonej płasko dłoni kładziemy końcówkę roboczą aparatu do masażu. Sposób ten jest bardzo lubiany przez pacjentów, ponieważ łączy preferowany przez nich dotyk ręki masażysty z szybkością wibracji, którą możemy uzyskać jedynie za pomocą aparatu.

Odmianą wcześniej omawianej techniki igłowej jest tzw. **CIĘCIE KCIUKIEM**. Wykonuje się je w ten sposób, że czubkiem paznokcia kciuka (nie może on być zbyt długi), miejsce obok miejsca naciskamy powierzchnię masowaną.



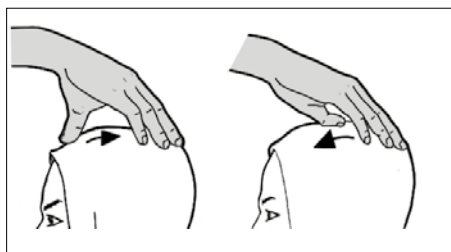
Technikę tę stosuje się przede wszystkim w miejscach opuchniętych, na małych stawach (skokowych, palców), przede wszystkim zaś w przypadkach małych urazów (kontuzje, skręcenia, stłuczenia). Masujemy zawsze w kierunku dośrodkowym, tzn. od granicy opuchnięcia do centrum stawu, bardzo lekko. Często w ten sposób uzyskuje się szybką poprawę, co powoduje, że technika ta jest chętnie stosowana w masażu sportowym, razem z omówionym wcześniej *pstrykaniem*.

Techniką będącą po prostu ruchem wziętym z życia jest **WYCIERANIE**. Polega ono na równomiernym, właśnie „wycierającym” ruchu po skórze, zawsze tylko w jedną stronę, przy czym zazwyczaj używa się obydwóch kciuków, najczęściej symetrycznie od jednego punktu, odśrodkowo. Jako przykład mogą tu posłużyć ruchy od Ex 3 do Ex 9 lub od GRT 14 do PŻ 21. Są one powolne i lekkie (typowa technika tonizująca), pociągnięcia spokojne i długie, powrót zaś do punktu wyjścia odbywa się – co ważne – w powietrzu, bez kontaktu ze skórą pacjenta.



Chwytem zbliżonym do wycierania jest **PRZESUWANIE**. Zasadnicza różnica pomiędzy nimi polega na tym, że ruch powrotny ręki odbywa się w kontakcie ze skórą pacjenta.

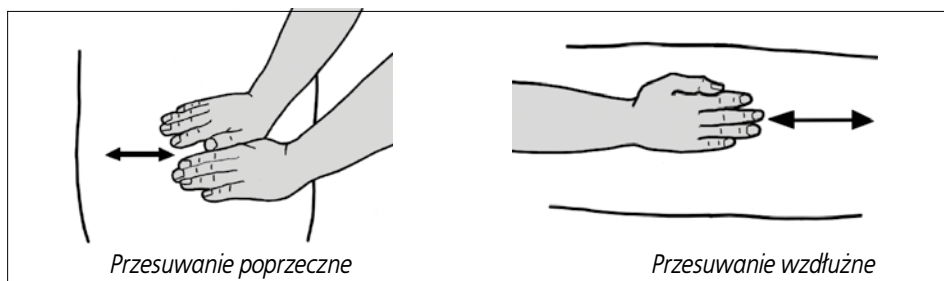
Przesuwanie boczną krawędzią opuszki kciuka po czole pacjenta – od Ex 3 do Ex 9 – na pierwszy rzut oka nie różni się prawie od wycierania, pacjent jednak różnicę tę wyraźnie odczuwa. W przypadku wycierania ruch jest jednokierunkowy, odśrodkowy, wykonywany długimi pociągnięciami, natomiast przy przesuwaniu palce posuwają się krótkimi odcinkami, powracając stale do punktu wyjścia – wprowadzie bez nacisku, ale w wyraźnym kontakcie ze skórą. Tę różnicę naprawdę się czuje!



Przesuwanie **opuszką kciuka** polega na ruchu posuwisto-zwrotnym wzdłuż określonej linii. Przy ruchu „do przodu” siła jest większa, przy powrocie zaś mniejsza. Masaż ten wykonujemy w coraz szybszym tempie, najczęściej jedną ręką lub naprzemiennie – oburącz, przeważnie na grzbiecie lub na osłoniętej

chustką głowie. W większości przypadków w jedną stronę pociągamy opuszkę kciuka, powracamy zaś jego stroną paznokciową. Technika ta wcale nie jest prosta, jest wręcz męcząca, wymaga doświadczenia i odpowiednich ćwiczeń przygotowawczych.

Przesuwanie **dłonią** wykonujemy do przodu i tyłu lub na boki, przy czym siła nacisku zależna jest od stanu umięśnienia masowanego miejsca. Jest to technika **rozgrzewająca**, zaś bodziec musi dotrzeć do tkanki podskórnej, przy czym siłę nacisku zwiększamy stopniowo, w zależności od charakteru schorzenia i stanu pacjenta.

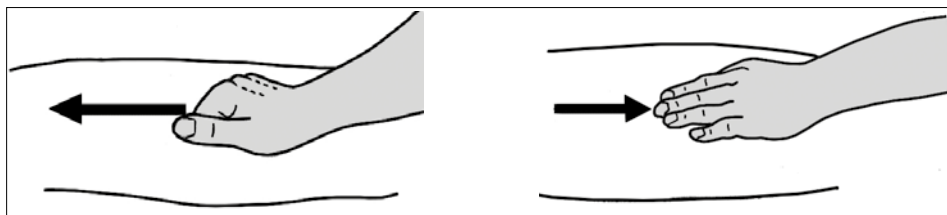


Ponieważ częstotliwość ruchów może wynosić w tym przypadku od 30 do nawet 200 razy na minutę, technika ta może być stosowana zarówno jako tonizująca, jak i sedatywna. W masażu ogólnokondycyjnym szybkość ruchów będzie umiarkowana, przez co stanie się ona techniką neutralną, harmonizującą. W takim przypadku częstotliwość ruchów z początku dość niska, może się stopniowo zwiększać, aby z kolei powrócić do tempa wyjściowego. Przy przesuwaniu płaską

dłonią po klatce piersiowej zwracamy uwagę na synchronizację z oddechem: ruch na zewnątrz wykonujemy w czasie wdechu, natomiast dośrodkowy podczas wydechu. Masaż ten wykonujemy, stojąc twarzą do stóp pacjenta.

Na kończynach technikę przesuwania wykonujemy w dwojaki sposób: ręką miękko obejmującą masowany mięsień, lub nasadą dłoni, przy czym na przebiegu meridianu ścięgno-mięśniowego masujemy zawsze zgodnie z zasadami fizjologii, tzn. dosercowo wykonujemy nacisk większy, wracamy zaś prawie bez nacisku.

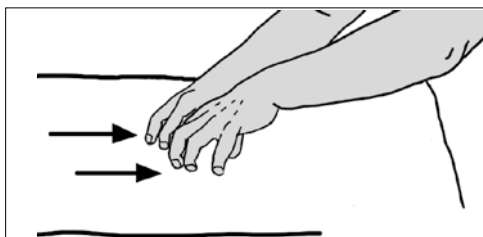
Na grzbiecie stosować możemy dwie specjalne techniki. Pierwsza z nich, charakterystyczna właśnie dla masażu chińskiego, zwana jest **HEBLOWANIEM**, polega zaś na przesuwaniu nasadą dłoni (tylko jednej ręki!) w kierunku od pośladków do barków, przy czym przy przesunięciu w stronę głowy dociskamy do skóry nasadę dłoni, palce zaś zwijają się w luźną pięść i przesuwają po skórze dwoma końcowymi paliczkami każdego palca.



Podczas powrotu palce się „rozwijają”, w wyniku czego ruch wykonujemy płaską, miękko rozluźnioną dłoń. Przy tej technice przy ruchu „w górę” stosujemy dość silny nacisk (skóra powinna się zaczerwienić) i intensywne, energiczne tempo. W zależności od przyjętej częstotliwości, technikę tę możemy stosować jako hamującą lub harmonizującą.

Drugą ze wspomnianych technik jest znane również z innych systemów masażu **GRABIENIE**. Polega ono na maksymalnym rozwarciu dłoni, zgięciu palców w „grabie” i przesuwaniu szybkimi, energicznymi ruchami wzdłuż grzbietu – tym razem od barków w dół.

Technika ta wymaga dłuższego ćwiczenia, w przeciwnym bowiem przypadku masażysta sam będzie wkrótce potrzebować pomocy masażysty – dla swoich rąk.



Kolejną techniką liniową jest **POCIERANIE POSUWISTE**, zwane popularnie *piłowaniem* lub *szorowaniem*, przy czym te ostatnie nazwy szczególnie dobrze oddają charakter wykonywanych ruchów.

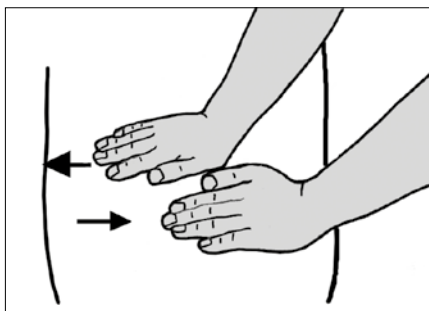
Polegają one bowiem na przesuwaniu – tam i z powrotem – brzegiem zewnętrznym dłoni (niekiedy również innymi częściami, lub np. zaciśniętą pięścią) w szybkim tempie (100–200 razy na minutę), nie za mocno, a przede wszystkim z równą siłą nacisku w obydwóch kierunkach. Pod wpływem zabiegu skóra powinna się zaczerwienić. Technikę tę stosujemy przeważnie na grzbiecie i bokach klatki piersiowej. Grzbiet masować możemy w pozycji siedzącej, wówczas masażysta stoi **przed** pacjentem i „piłuje” wzdłuż kręgosłupa i grzbietu, rozpoczynając od góry, lub w pozycji leżącej, wówczas masaż rozpoczynamy z dołu (od pośladków).



W tym drugim przypadku „piłujemy” w trzech liniach, rozpoczynających się zawsze na kości krzyżowej (wskazane jest podłożenie pod brzuch zwiniętego koca lub wałka w celu zniesienia lordozy lędźwiowej). Pierwsza z nich biegnie równolegle do kręgosłupa do nasady karku, druga do fałdu pachowego, trzecia zaś kończy się w połowie drogi pomiędzy nimi, na górnym brzegu mięśnia czworobocznego.

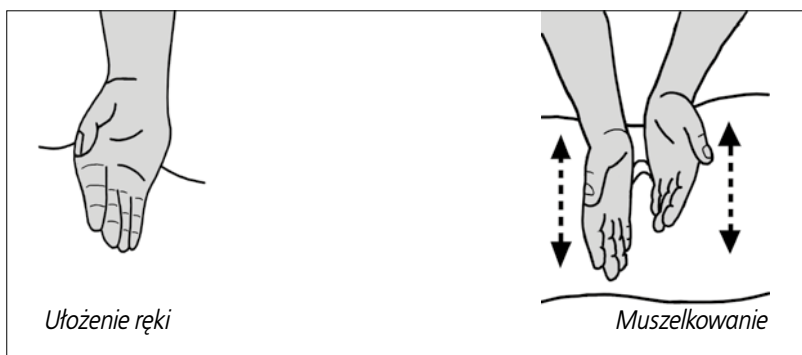
Nieco odmienną formą tej techniki jest **SZOROWANIE POPRZECZNE** grzbietu obydwoma płasko ułożonymi rękami, przy czym ruchy wykonywane

są naprzemiennie, prostopadłe do kręgosłupa (nie przekraczając jego linii!). Ręce masażysty ułożone są bardzo blisko siebie tak, że pocierając plecy pacjenta pociera on jednocześnie dłońmi o siebie.

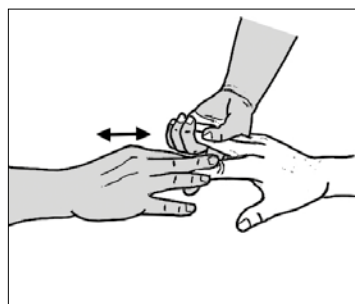


Odmianą tej techniki jest tzw. **MUSZELKOWANIE** różniące się od poprzednio opisanej tym, że dłonie masażysty ułożone są do ciała bokiem, przez co masaż wykonywany jest krawędziami palców małych.

Aby i w tym przypadku nie pocierać rękami o siebie (wówczas bowiem powierzchnia kontaktująca się z ciałem pacjenta byłaby o wiele mniejsza od powierzchni pocierających się dłoni!), dłonie są rozchylone w „muszelkę” i oddalone od siebie na tyle, aby pomiędzy palcami małymi znalazł się szeroki na ok. 1 cm fałd skórny.



W przypadku masażu palców chętnie posługujemy się techniką specjalną, zwaną **KĄPIELĄ PALCÓW**. Jest ona szczególnie ważna w leczeniu porażień i niedowładów oraz przy bólach reumatycznych. Masażysta jedną ręką stabilizuje kończynę masowaną, natomiast palcami drugiej: wskazującym, środkowym i kciukiem obejmuje masowany palec z trzech stron i pociera go ruchem tam i z powrotem.



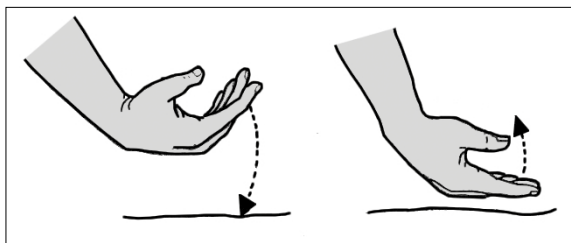
Zabieg ten może być stosowany zarówno na palcach rąk, jak i stóp. Powinien wywołać silne przekrwienie, a po jego stosowaniu zazwyczaj poprawia się ruchomość palców.



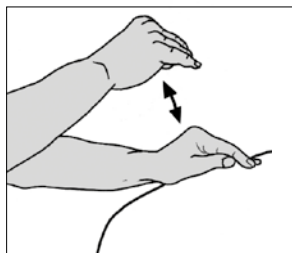
Odpowiednikiem omówionego wcześniej „dżgania” na większych powierzchniach ciała jest **OKLEPYWANIE**.

Końcami palców, lub dłońią w różnych ułożeniach, oklepujemy ciało pacjenta, co daje efekt rozluźniający mięśnie. Zabieg ten staramy się wykonywać delikatnie, pracując wyłącznie ciężarem naszej kończyny, tzn. nie używając siły. Możemy wykonywać go jednoręcznie lub naprzemiennie oburącz – w tym drugim przypadku konieczna jest synchronizacja rytmiczna obydwóch rąk. U dzieci stosujemy zazwyczaj oklepywanie opuszkami palców, przy czym impuls uderzenia powinien wychodzić wyłącznie z nadgarstka. Stosujemy je na klatce piersiowej i grzbiecie.

Silniejszym bodźcem jest **oklepywanie grzbietami dłoni**, stosowane na kończynach (szczególnie na udach), grzbiecie i klatce piersiowej. Uderzenia powinny być wykonywane również naprzemiennie obydwoma rękami, lekkie i szybkie.



Wyjątek od ogólnej zasady oklepywania lekkiego i szybkiego stanowi trzecia technika, którą jest tzw. **ŁYŻECZKOWANIE**, różniące się zasadniczo od techniki o tej samej nazwie stosowanej w masażu klasycznym.

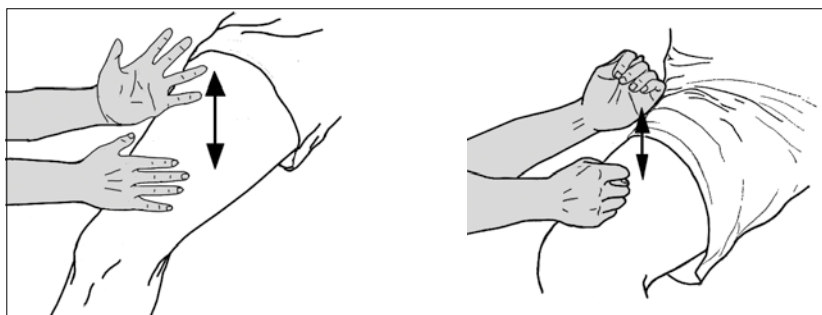


Palce dłoni składamy w „muszelkę” i uderzamy w *dużych odstępach czasu* (co 2 sek.), rozluźnioną ręką, z wykorzystaniem całego jej ciężaru, przy czym powinno wystąpić u pacjenta wyraźne przekrwienie skóry.

Wbrew pozorom, pomimo iż technika ta jest niekiedy nawet bolesna (zwłaszcza na początku), w efekcie jest ona przez pacjentów odczuwana jako przyjemna. Wy-

wołuje głębokie rozluźnienie mięśni, jest zatem techniką hamującą. Stosujemy ją na bardzo dobrze umięśnionych partiach ciała, a zatem na lędźwiach, pośladkach, udach, niekiedy (raczej rzadko) na grzbiecie. Nie stosujemy jej nigdy na kręgosłupie, klatce piersiowej ani na brzuchu!

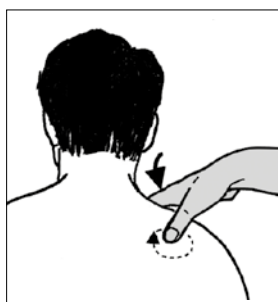
Jeszcze silniejszych bodźców dostarcza technika znana jako **UDERZANIE**, określana niekiedy mianem ubijania. Wykonuje się je ruchem od barku, poprzez luźne „puszczenie” ciężaru kończyny. Podobnie jak łyżeczowanie, wykonujemy je wyłącznie na bardzo dobrze umięśnionych partiach ciała. Jest to również, co oczywiste, technika hamująca. Uderzać możemy zewnętrznymi krawędziami dłoni (uwaga: pozornie podobne oklepywanie krawędziami dłoni stosowane w masażu klasycznym ma zupełnie inny charakter, polega bowiem na „siekaniu” ruchami lekkimi, a szybkimi) lub tzw. pionową pięścią, tzn. dłonią zwiniętą w luźną (nie zaciśniętą!) pięść z kciukiem wsuniętym pomiędzy palce tak, jakbyśmy chcieli pokazać figę. Uderzamy powoli i rytmicznie, stosując tę technikę głównie w okolicach dużych stawów, szczególnie zaś wyjątkowo trudno dostępnego dla masażu stawu biodrowego.



ZACIERANIE jest w gruncie rzeczy identyczne ze znanym w masażu klasycznym **wałkowaniem**. Jest to technika hamująca o bardzo niekiedy silnym działaniu. Mięśnie kończyny pacjenta (wyłącznie ramię lub udo) ujmujemy pomiędzy obydwie dłonie i „zacieramy” pomiędzy nimi. Zarówno siła, jak i częstotliwość ruchów powinny być narastające, a pacjent powinien odczuwać, że mięśnie „odrywają się od kości”. Masowany siedzi z luźno zwieszonymi rękami lub kładzie dłoń na barku siedzącego naprzeciw masażysty. Przy masażu nóg wskazana jest pozycja leżąca z podciągniętymi nogami lub też (co jest niewątpliwie efektywniejsze) pacjent kładzie podudzie na barku terapeuty siedzącego obok łóżka.

Ramię masujemy w kierunku od barku do łokcia i z powrotem, udo natomiast odwrotnie – od kolana do biodra i z powrotem. Odmiana tej techniki – o jeszcze intensywniejszym działaniu – polega na tym, że zabieg wykonujemy nie po-

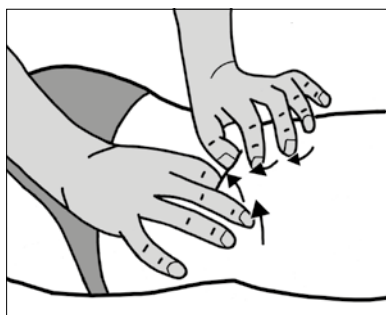
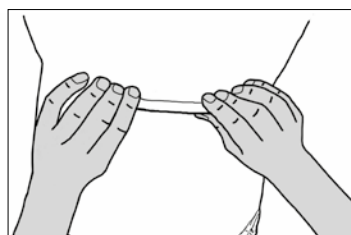
wierzchniami dłoniowymi, a zewnętrznymi krawędziami dłoni. Pacjent powinien wówczas odczuwać wyraźne pieczenie w mięśniach.



UGNIATANIE PALCAMI jest tą techniką, która na całym chyba świecie najczęściej kojarzy się z pojęciem masażu: pomiędzy palcami ugniata się powoli i cierpliwie mięśnie i więzadła. Fałd skórno-mięśniowy ujmujemy pomiędzy kciukiem a pozostałymi palcami (z wyłączeniem małego) i ugniatamy ruchami kolistymi, przy czym musimy dostosować się do anatomicznego kształtu i przebiegu mięśnia.

Technikę tę stosujemy często do masażu meridianu ścięgno-mięśniowego jako całości.

Na grzbiecie stosujemy niekiedy znaną także w masażu klasycznym technikę zwaną **ZWIJANIEM**. Polega ona na tym, że fałd skórno-mięśniowy chwyatamy prostopadłe do linii przebiegu kręgosłupa pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym i „toczymy” ku górze (tzn. dogłównowo).

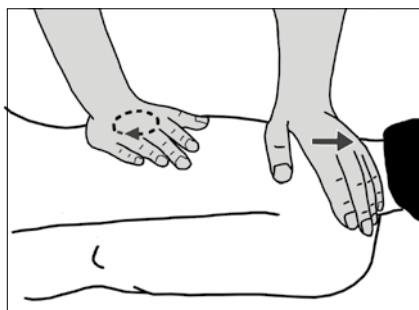
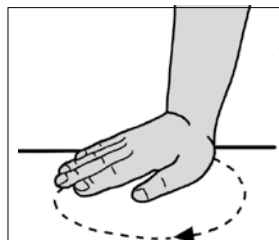


Stosujemy ją dopiero po uprzednim uelastycznieniu i rozgrzaniu mięśni przykręgosłupowych innymi technikami, szczególnie silnie stymuluje ona zaś punkty linii HUA-TUO i pierwszej gałęzi meridianu pęcherza moczowego.

W masażu klasycznym jest ona wykonywana nieco inaczej, mianowicie kciuki ułożone prostopadłe do kręgosłupa przesuwają się w górę, popychając nasuwany na nie przez „przebierające” jak podczas gry na fortepianie

pozostałe palce (z wyjątkiem małego) fałd skórno-mięśniowy. Zastosowanie tej techniki również w masażu chińskim nie jest uważane za błąd.

Jak już wiemy, w masażu chińskim bardzo często stosowane są techniki oparte na ruchach kolistych, czyli rotacyjne. Pierwszą z nich jest znane nam już z masażu punktowego **POCIERANIE OKRĘŻNE**, tym razem wykonywane dłonią. Stosujemy tu te same zasady ogólne, co przy pocieraniu kciukiem. Masujemy płaską dłonią, zazwyczaj jedną ręką, podczas gdy druga w tym czasie dobrze napina skórę (która nie powinna się przesuwac wraz z ręką masującą).



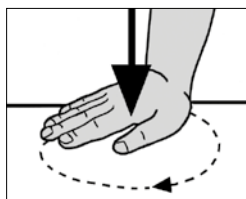
Siła nacisku jest stała, częstotliwość ruchów przeważnie niewielka, co pozwala technikę tę zaliczyć do tonizujących lub neutralnych. Masaż ten stosujemy bardzo często np. u dzieci w przypadkach niestrawności wywołanej przejedzeniem. Pocieramy wówczas boczne powierzchnie brzucha (UWAGA: wzdłuż linii zgodnej z kierunkiem ruchu wskazówek zegara!). Technikę

tę popularnie nazywa się nacieraniem i często wykorzystuje do wcierania różnych maści i balsamów leczniczych.

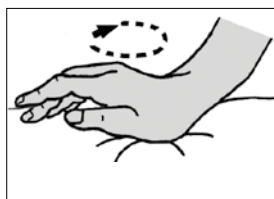
Odmianą pocierania okrężnego jest **POCIERANIE OKRĘŻNE NASADĄ DŁONI**, przy czym palce i reszta dłoni odstają od powierzchni masowanej. Palce są lekko zgięte, dłoń zaś porusza się ruchami kolistymi wychodzącymi z nadgarstka. Ten kołyszący ruch łączymy z jednoczesnym przesuwaniem dłoni wzdłuż powierzchni masowanej. Ruch jest szybki, do 200 razy na minutę, jest to zatem technika hamująca.



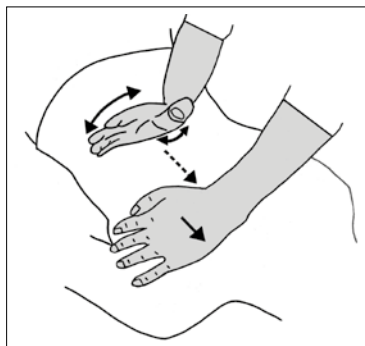
Stosowana jest głównie na lędźwiach i grzbiecie (szczególnie na mięśniach przykręgosłupowych), a także na bardziej umięśnionych partiach kończyn dolnych. Może być stosowana jako element masażu meridianowego, wówczas ruch ręki odbywa się wzdłuż linii meridianu ścięgna-mięśniowego. Technika ta działa regenerująco i miejscowo rozluźniająco.



Jeśli zwiększymy nacisk ręki masującej na ciało, przestanie ona przesuwаться po skórze, pocieranie zaś zmieni się w **UGNIATANIE OKRĘŻNE**. W podobny sposób jak przy pocieraniu okręż-



nym nasadą dłoni lub płaską dłonią, wykonujemy ruchy koliste, przesuwając jednocześnie rękę po określonej linii. W odróżnieniu od pocierania jest to, w zależności od siły nacisku, metoda tonizująca lub harmonizująca, ruchy zaś wykonujemy powoli – do 60 razy na minutę.

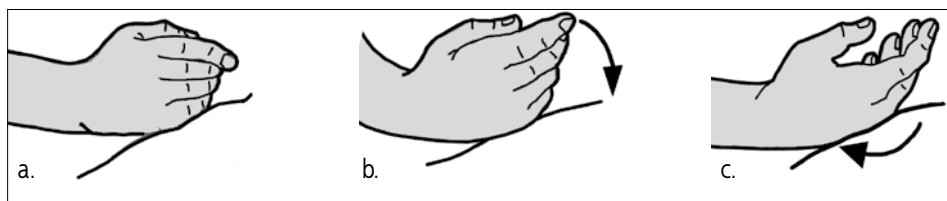


Specyficzną odmianą tej techniki jest tzw. **WACHLARZYK**, podczas którego oderwaną od powierzchni skóry dłonią, przy zachowaniu kontaktu z jej nasadą, wykonujemy ruchy kołyszące, przesuwając się jednocześnie szybko ku górze (impuls przesuwający wychodzi z przedramienia). Druga ręka, podobnie, jak przy pocieraniu okrężnym dłonią, napina wstępnie skórę (ważne szczególnie u starszych osób).

Ponieważ ruchy są tu szybkie (do 200 razy na minutę), ale jednocześnie lekkie, technikę tę zaliczamy do harmonizujących (neutralnych). Najczęściej wykonywana jest ona na zakończenie zabiegów i służy łagodzeniu podrażnień skóry po zastosowaniu technik aktywniejszych.

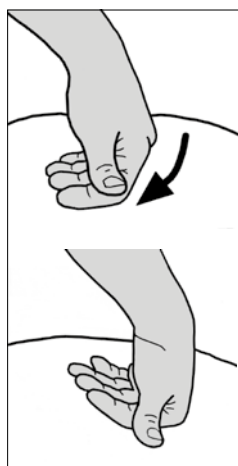
Ostatnią z wymienianych techniką, w zasadzie w innych metodach masażu niespotykaną i charakterystyczną dla masażu chińskiego, jest **PRZETACZANIE**. Jest to technika niewątpliwie trudna, polega zaś właśnie na „przetaczaniu” grzbietu dłoni po powierzchni ciała.

Wykonywana jest z reguły jedną ręką. Półzamkniętą pięść układamy zewnętrzną krawędzią dłoni na masowanej powierzchni. Obrotowy ruch nadgarstka na zewnątrz powoduje, że palce lekko się rozwierają, zaś kostki palców (dokładniej – stawy śródręczno-palczkowe) kolejno dotykają skóry. Ruch musi być dość silny, równomierny i rytmiczny, jednocześnie zaś szybki, impulsowy. Toczenie winno być wykonywane płynnie, ale stanowczo, nie można przy tym uderzać palcami w momencie ich „rozwijania” ani też wykonywać innych ruchów dodatkowych. Stosuje się je najczęściej na barkach i grzbiecie, często w pozycji siedzącej. Jest to technika tonizująca lub harmonizująca, którą stosować możemy jako masaż samodzielny lub jako uzupełnienie pocierania lub ugniatania okrężnego dłonią czy też nasadą dłoni.

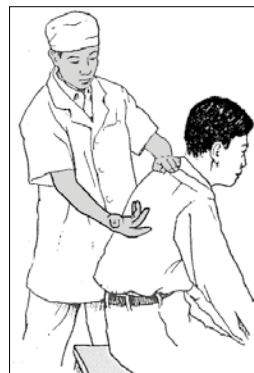


Przy wykonywaniu zabiegu bark masażysty musi być rozluźniony, ruch obrotowy zaś powinien wychodzić wyłącznie z nadgarstka. Technika ta jest bardzo elegancka i efektowna, wymaga jednak długotrwałego ćwiczenia, w przeciwnym bowiem razie sam masażysta wkrótce znacznie cierpieć na bóle rąk.

Maria Mercati w swojej książce „TUI NA krok po kroku” przedstawiła opracowane przez siebie, zdecydowanie prostsze w wykonaniu

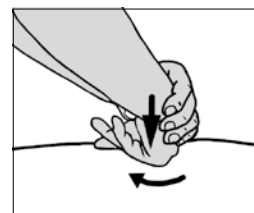


PRZETACZANIE TECHNIKĄ BODYHARMONICS®. Stosując ją, zginamy dłoń, nie napinając jej, tak aby paznokcie i najdalsze paliczki czterech palców (poza odgiętym w bok kciukiem) przylegały do powierzchni ciała w miejscu, gdzie ma być przeprowadzony zabieg. Następnie „popychając” w osi ręki należy przetoczyć dłoń aż do stawów śródręczno-paliczkowych i tak pociągnąć przedramię, aby ręka powróciła do pozycji wyjściowej.

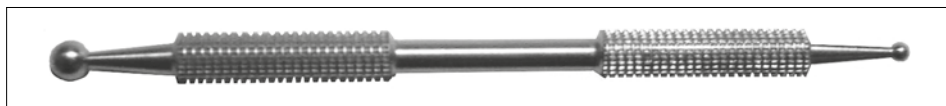


Na bardziej umięśnionych partiach ciała można ten chwyt wzmocnić, dociskając dłoń wykonującą drugą ręką.

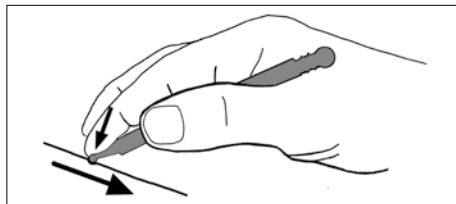
W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że odczucia pacjenta przy stosowaniu wymienionych dwóch technik przetaczania są zdecydowanie różne. Osobiście zdecydowanie preferuję metodę oryginalną.



Efektywnym dopełnieniem technik tradycyjnego masażu chińskiego są dwa nie należące do niego „uzupełnienia”. Pierwszym z nich jest wywodzący się z tych samych założeń teoretycznych tzw. **MASAŻ MERIDIANOWY**, którego twórcą jest austriacki terapeuta Willy Penzel. Jest to obszerna metoda całościowa, jednak dla osoby znającej już podstawy teoretyczne akupresury i masażu chińskiego stosowanie jej jest dość proste. W odróżnieniu od technik dotychczas przedstawionych, wykonywana jest nie ręką, a przy użyciu znanej nam już pałeczki, a konkretnie jej grubszego końca.



Ujmujemy ją w sposób podobny jak długopis, z tym że koniec jej przykrywamy opuszką palca wskazującego lub środkowego.

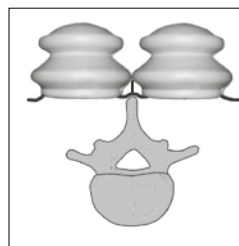


Końcem pałeczki przesuwamy powoli wzdłuż linii meridianu klasycznego, przy czym jeśli mamy go wzmocnić, ruch odbywa się zgodnie z przebiegiem energetycznym, zaś w przypadku konieczności osłabienia, w kierunku przeciwnym. Ma on charakter „wycierania”, tzn. odbywa się tylko w jednym kierunku, obejmując możliwie długi odcinek meridianu, w przypadku meridianów krótkich nawet całość. Powrót do punktu wyjścia odbywa się w powietrzu. Ruch ten powtarzamy co najmniej kilkakrotnie.

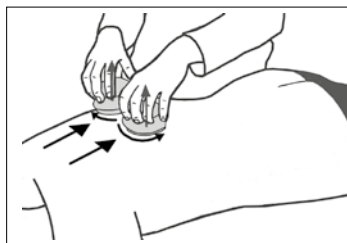
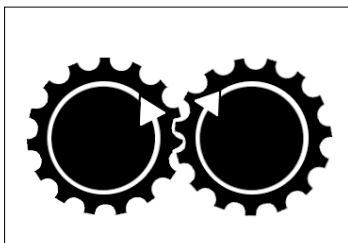


Drugą techniką jest **MASAŻ PODCIŚNIENIOWY**. Najlepszym narzędziem do jego wykonywania jest popularna tzw. chińska bańka gumowa. Ograniczając się do masażu przykręgosłupowego, jako najczęściej wykonywanego, wykonujemy przy jej użyciu następujące techniki:

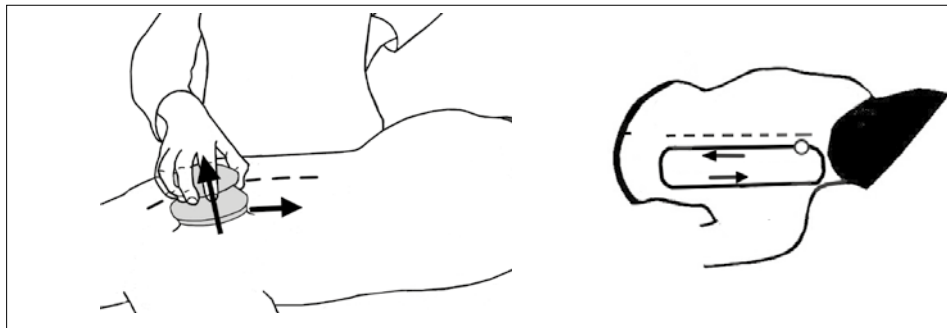
1. **Zębatki:** najpierw dobrze natłuszczyć grzbiet olejem do masażu. Dwie jednakowe, największe bańki (w zestawie mamy 4 bańki różnej wielkości, a zatem terapeuta musi posiadać 2 komplety) ustawiamy na grzbiecie w taki sposób, żeby leżały bezpośrednio obok kręgosłupa, stykając się brzegami. Dokładnie pomiędzy nimi znajduje się wyrostek kolczysty kręgosłupa.



Teraz odciągamy bańki lekko od skóry i kręcimy nimi rozbieżnie, co w efekcie działania zbliżonego do kół zębatych powoduje „zjeżdżanie” w stronę krzyża.

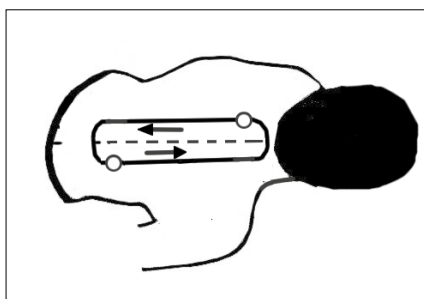


2. Ujmujemy jedną bańkę i stawiamy ją obok kręgosłupa, jednak nieco dalej, nad drugą gałęzią meridianu pęcherza moczowego. Odciągnąwszy lekko skórę, ciągniemy bańkę w dół ciała, mniej więcej do wysokości nasady krzyża, po czym półkolistym ruchem odchodzimy mniej więcej na szerokość dłoni na zewnątrz i ciągniemy w górę.



W ten sposób powstaje równoległy do pierwszego pas, który powinien nakładać się na poprzedni brzegiem. Tę samą technikę możemy wykonywać symetrycznie obydwoma rękami.

3. Trzecia wreszcie technika polega na tym, że jedną bańkę stawiamy na wysokości Th2 w odległości dłoni od kręgosłupa, natomiast drugą po przeciwnej stronie, w tej samej odległości, ale na wysokości nasady krzyża. Teraz ręka leżąca wyżej prowadzi bańkę w stronę krzyża, tzn. w dół, natomiast druga prowadzi w górę. Kiedy bańki znajdą się na linii kręgosłupa, zmieniamy ręce i prowadzimy bańki po owalu dalej, nie zmieniając kierunku ruchu. Po 2–3 ruchach zmieniamy kierunek na odwrotny.



Programy profilaktyczne

Punkty minimum

Przez wiele stuleci wśród lekarzy chińskich panowała opinia, że wszystkie choroby można leczyć, stosując tylko 4 punkty, za to o bardzo szerokim działaniu (pamiętajmy jednak, że mowa była wtedy jedynie o leczeniu nakłuwaniami). Punkty te nazywano kluczowymi, a były to **JG 4**, **Ż 36**, **PM 40** oraz **P 7**.

Z upływem czasu rola PM 40 i P 7 uległa pewnemu ograniczeniu, zaś ich miejsce w pewnym sensie zajęły **GRT 14** oraz **S/T 6**.

Punkty te (cała szóstka) stanowią zatem pewien pierwszy, absolutnie minimalny wybór, nadający się głównie dla całkowitych laików.

Około IX w. n.e mistrz akupunktury Ma Tan Yan zalecił (głównie na użytek lekarzy wojskowych) rozszerzone w porównaniu z punktami kluczowymi, 12-punktowe minimum terapeutyczne, które do dziś może stanowić „pierwszy etap” działalności akupunkturzysty, w każdym razie do chwili opanowania pełnej znajomości punktów oraz podstawowych programów. W chwili obecnej, po uzupełnieniu go dwoma niewymienionymi przez niego, znanymi nam już punktami „wielkiej czwórki” oraz dwoma bardzo ważnymi także w dawnych wiekach punktami o charakterze ogólnym, ilość ich zwiększyła się do 16. Z tym zasobem wiedzy można już pomału zacząć działać.

1. **Ż 36**: choroby i dysfunkcje układu trawienno, skurcze żołądka, wymioty, wzdęcia, zaparcia, zapalenie jelit. Punkt ten jest punktem tonizującym całe ciało, działa ponadto uspokajająco, pobudza przemianę materii i działa immunostymulująco. Jest stosowany praktycznie zawsze, szczególnie w schorzeniach dolnej połowy ciała (poniżej przepony).
2. **JG 4**: bóle głowy, bóle zębów, stany zapalne migdałków podniebiennych, katar, stany zapalne zatok i gardła, bóle oczu, porażenie mięśni twarzy, bóle i niedowłady kończyn górnych, nadmierne i nieprawidłowe wydzielanie potu, przeziębienie, gorączka. Podobnie jak Ż 36, jest punktem immuno-

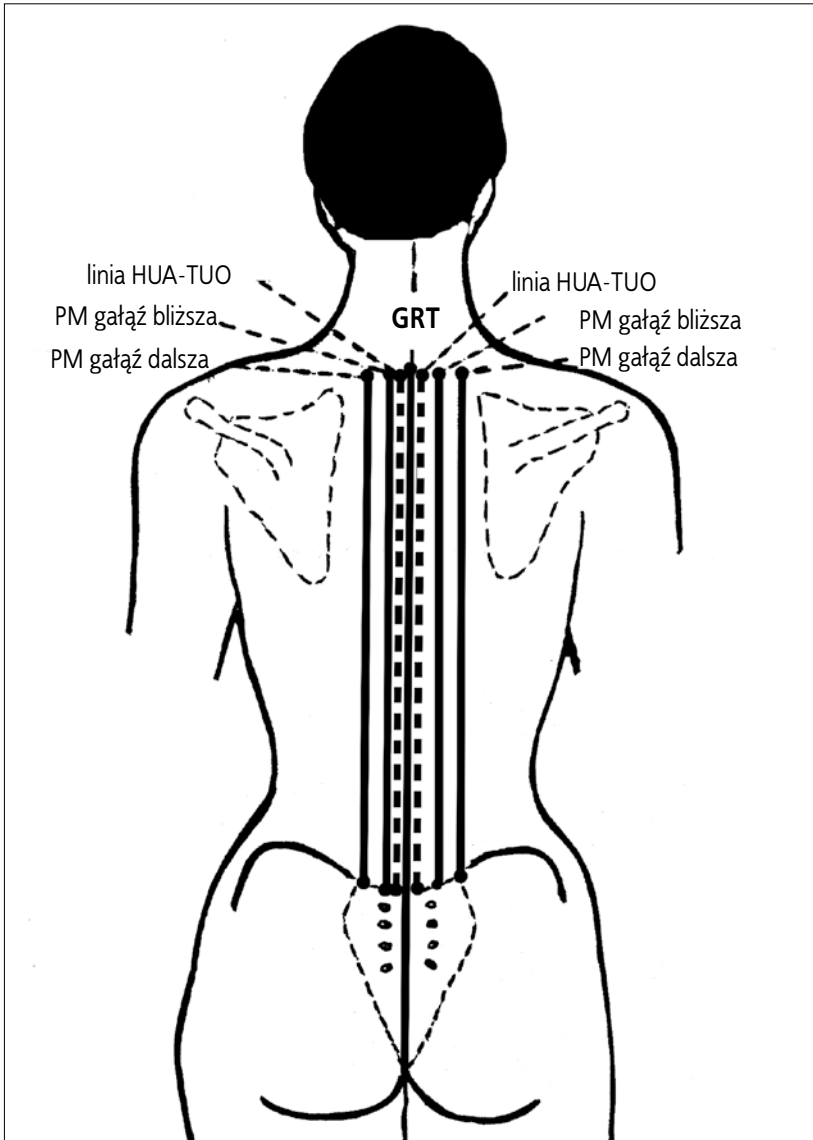
stymulującym i jest stosowany bardzo często, szczególnie w schorzeniach górnej połowy ciała.

3. **GRT 14:** niewymieniany przez Ma Tan Yan'a, dziś jednak należący do „wielkiej czwórki” jako „punkt spotkań Yang”, lub „punkt 100 zmęczeń”, stosowany praktycznie we wszystkich schorzeniach górnej połowy ciała, ma silne ogólne działanie przeciwbólowe i immunostymulujące.
4. **S/T 6:** również niewymieniany przez Ma Tan Yan'a „mistrz ukrwienia”, o bardzo silnym działaniu stymulacyjnym i hormonalnym. Obecnie również uważany za jednego z „wielkiej czwórki”.
5. **PM 40:** rwa kulszowa, bóle krzyża, porażenie kończyny dolnej, porażenie słoneczne, choroby kolana, także schorzenia układu moczowego.
6. **P 7:** bóle głowy, sztywność karku, astma, porażenia mięśni twarzy, neuralgia nerwu trójdzielnego.
7. **JG 11:** bóle barku i ramienia, niedowłady kończyn górnych, choroby stawu łokciowego, gorączka, nadciśnienie tętnicze.
8. **Ż 44:** bóle żołądka, bóle głowy, stan zapalny migdałków.
9. **PŻ 30:** rwa kulszowa i udowa, porażenie kończyn dolnych, choroby stawów biodrowych.
10. **PŻ 34:** porażenia połowicze, schorzenia dróg żółciowych, bóle okolicy krzyżowej i bóle nóg. Tradycyjnie uważany za „mistrza muskulatury”, stosowany we wszelkich schorzeniach mięśni.
11. **S 5:** bóle głowy, ostra chrypka, sztywność języka, zaburzenia mowy, zaburzenia snu, kołatanie serca, bóle ramienia i stawu nadgarstkowego.
12. **W 3:** bóle głowy, zawroty głowy, padaczka, drgawki gorączkowe u dzieci, choroby oczu, przepuklina, krwawienia z macicy (z wyłączeniem menstruacji, stany zapalne sutka. Dziś wykorzystuje się przede wszystkim jego działanie rozkurczowe.
13. **PM 60:** niedowłady kończyn dolnych, bóle krzyża, rwa kulszowa, wypadanie odbytu, bóle stóp. Uważany za „mistrza bólów” stosowany jest do dziś w praktycznie wszystkich stanach bólowych, szczególnie układu ruchu.
14. **PM 57:** rwa kulszowa, wypadanie odbytu, żylaki, niedowłady kończyn dolnych.
15. **O 6:** regulacja ciśnienia, zawroty głowy.
16. **GRT 26:** omdlenia, ponoszenie ciśnienia, reanimacja.

Teraz przyjrzymy się dwóm zabiegom, które nie wymagają z naszej strony zastanawiania się i formułowania planów, jako że zawsze wykonywane są w ten sam sposób, mają zaś przede wszystkim **działanie profilaktyczne**.

MASAŻ 7 LINII

Wspomniany był już wielokrotnie. Jak pamiętamy, jest on formą stymulacji Głównego Regulatora Tylnego na odcinku od kości krzyżowej (GRT 3) do siódmego kręgu szyjnego (GRT 14), obydwóch gałęzi meridianu pęcherza moczowego na odcinku, gdzie jest on podzielony (poza obszarem pośladków), oraz linii HUA-TUO. Nie bierzemy w nim pod uwagę poszczególnych punktów, operując raczej płaszczyzną, którą linie te pokrywają. Jest przy tym rzeczą oczy-



wistą, że w czasie zabiegu stymulacji ulegają **wszystkie** punkty znajdujące się na masowanym obszarze.

Stanowi on podstawę terapii chorób określanych w tradycyjnej medycynie chińskiej jako wewnętrzne (czyli po prostu niechirurgicznych). Nie stosuje się go zatem przy jakimś konkretnym wskazaniu, ale zawsze wtedy, gdy mamy w planie takie właśnie leczenie, przed stymulacją indywidualnie dobranych punktów.

Jest również stosowany w stanach zmęczenia i wyczerpania wysiłkiem, a także jako zabieg działający miejscowo, przeważnie w charakterze przygotowania do zabiegów manualnych.

Składa się z szeregu następujących po sobie technik, wykonywanych bez żadnych środków poślizgowych, przy czym, jak pamiętamy, zabieg ten poprzedzamy stymulacją **punktu kardynalnego** dla GRT, którym jest **JC 3**.

Pierwszą z nich jest **przesuwanie wzdłużne** czyli **heblowanie**.

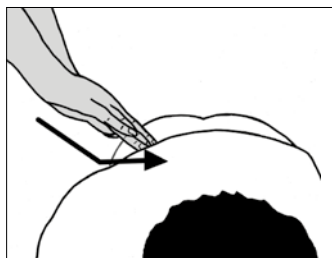
Jak pamiętamy, jest to specyficzna powierzchniowa technika rozgrzewająca, stosowana w zasadzie jedynie na grzbiecie – po obydwóch stronach kręgosłupa. Nie ograniczamy się przy tym do wąskiego pasa określonego zewnętrznymi gałęziami meridianu pęcherza moczowego, a masujemy cały grzbiet tak, aby mięśnie się rozgrzały.

Chwytywanie jest, jak wiemy, techniką polegającą na podnoszeniu skóry, tkanki podskórnej i mięśni na ograniczonej przestrzeni, zazwyczaj w bezpośredniej bliskości punktów akupunkturowych.

W „masażu 7 linii” lokalizacja miejsca chwytu nie jest jednak tak istotna, ponieważ w tym przypadku masujemy po prostu pas skóry leżący po obydwóch stronach kręgosłupa na szerokość 3 cun (4 palców) w każdą stronę od linii środkowej. Stosujemy tu przeważnie technikę chwytania trzema palcami, czyli tzw. figę, jednak u osób „puszystych” i o wiotkiej skórze można stosować tzw. gwiazdkę, czyli koncentryczne chwytanie 5 palcami. Masaż rozpoczynamy w okolicach karku i stopniowo, miejsce po miejscu, prowadzimy aż do krzyża. Po jego zakończeniu na skórze powinien być widoczny jednolity, zaczerwieniony pas. Technika ta powinna być wykonywana dość szybko. I tu jednak nie będzie błędem, jeśli wymasujemy w ten sposób całą szerokość grzbietu.

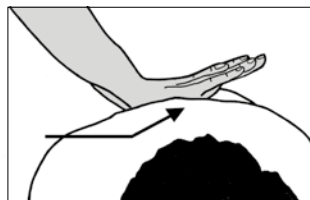
Kolejną techniką, jaką stosujemy w tym przypadku jest tzw. **przesuwanie poprzeczne**. W podstawowej wersji jest to, jak wiemy, technika bardzo prosta, polegająca na przesuwaniu położonych obok siebie płasko ułożonych dłoni od boku do kręgosłupa (z naciskiem) i z powrotem (bez nacisku). Masujemy od krzyża w stronę barków, z każdej strony na całą szerokość grzbietu. Dla uzyskania płynności ruchu masaż wykonujemy ruchem przypominającym zygzak. Technikę tę stosujemy po kilka razy z każdej strony ciała.

Bardziej oryginalną odmianą jest tzw. **samolocik**. Składa się on z dwóch faz.



Najpierw dwiema przyłożonymi do siebie rękami „łądujemy” z boku ciała na skórze pod kątem ok. 45°, po czym kładziemy nasadę dłoni na skórze i przesuwamy rękę w kierunku kręgosłupa.

Następnie, dochodząc do linii kręgosłupa (nie przekraczając jej), odrywamy od skóry najpierw palec, potem zaś całą dłoń i unosimy rękę w powietrze, co przypomina start samolotu.



Kolejną techniką jest **szorowanie poprzeczne** krawędziami dłoni, czyli **muszelkowanie**. Pod wpływem tych ruchów skóra powinna się mocno zaczerwienić. Zabieg ten wykonujemy najczęściej obydwoma rękami, przy czym ruchy wykonywane są naprzemiennie, prostopadle do kręgosłupa. Aby masażysta nie pocierał niepotrzebnie rękami o siebie, ułożone są one w kształt muszelki, stąd też nazwa tego zabiegu. Wykonujemy go przez 5 minut od krzyża do barków, przez całą szerokość grzbietu („przeskakując” jednak nad samym kręgosłupem).

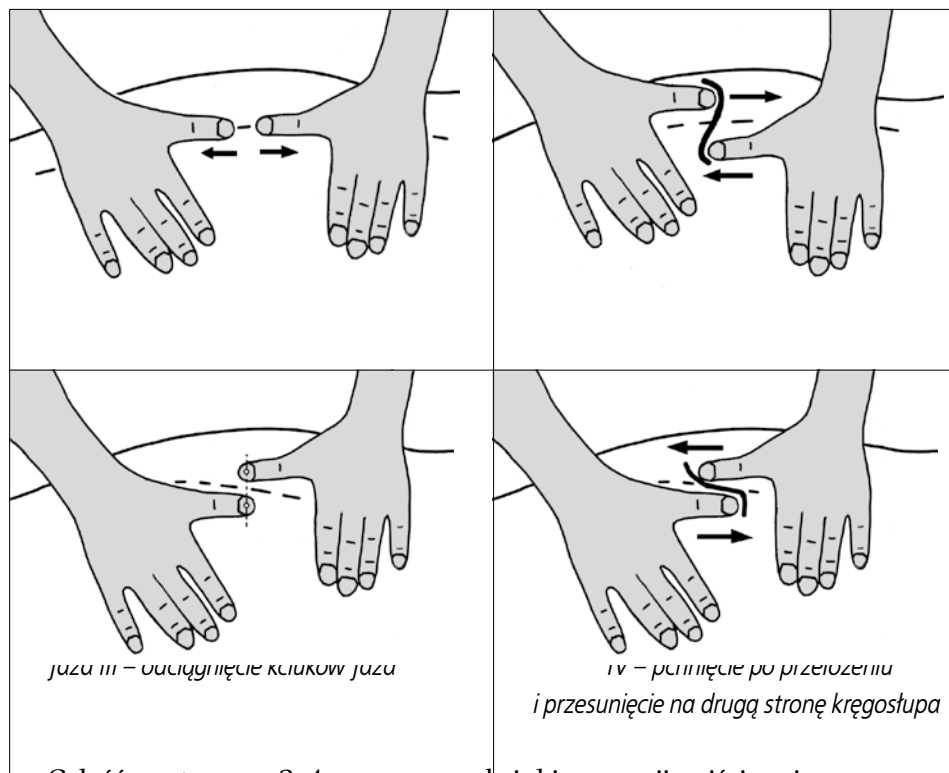
Także nazwa kolejnej techniki: **pocieranie posuwiste wzdłużne** lub **piłowanie** jest również w pełni adekwatna do wykonywanych ruchów. Polegają one bowiem właśnie na wykonywaniu przez 3–4 minuty ruchów „piłujących” zewnętrzną krawędzią dłoni – od krzyża do karku po obydwóch stronach kręgosłupa w sposób opisany we wcześniejszym rozdziale, tzn. wzdłuż 3 linii.

Następną techniką jest **grabienie** całego grzbietu od barków do lędźwi, osobno po każdej stronie grzbietu przez co najmniej 3–4 minuty. Technika ta wymaga dłuższego ćwiczenia „na sucho”, w przeciwnym bowiem razie powodować może męczące bóle rąk u samego masażysty.

Kolejną techniką jest **zwijanie**. Polega ono, jak pamiętamy, na tym, że jednolity fałd skórny chwytamy prostopadle do linii przebiegu kręgosłupa pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym i „toczymy” do góry (tzn. w stronę głowy). Ręce masażysty muszą być przy tym ułożone idealnie symetrycznie po obydwóch stronach kręgosłupa! Wykonujemy je 3–4 razy.

Następnej technice nadałem nazwę **przewijanego fałdu**, jako że została ona opracowana przeze mnie, specjalnie dla stymulacji punktów leżących na linii HUA–TUO. Nie była zatem wcześniej omawiana, a jest nieco skomplikowana: odginamy kciuki prostopadle do dłoni i układamy je przeciwstawnie, równolegle do kręgosłupa, po obydwóch jego stronach, na wysokości ostatniego kręgu piersiowego. Ważne jest, aby w tym momencie paznokcie kciuków znajdowa-

ły się dokładnie naprzeciwko siebie. Teraz jednocześnie popychamy kciuki w przeciwnych kierunkach, zabierając fałd skóry, następnie cofamy je i nie odrywając w dalszym ciągu od skóry, przesuwamy na drugą stronę kręgosłupa, gdzie powtarzamy ruch pchnięcia i cofnięcia.



Całość powtarzamy 3–4 razy, po czym kciuki w pozycji wyjściowej przesuwamy o krąg wyżej. Czynność tę powtarzamy na wszystkich kręgach piersiowych. Jeśli podłożymy pod brzuch zwinięty koc lub szeroki wałek, znosząc w ten sposób całkowicie lordozę lędźwiową, ćwiczenie to można rozpocząć od kości krzyżowej.

Dla złagodzenia odczucia pieczenia stosujemy najpierw ugniatanie okrężne (wachlarzyk) nasadą dłoni, a następnie pocieranie okrężne dłonią po obydwóch stronach kręgosłupa. Każdą z tych technik wykonujemy po 2–3 minuty po każdej stronie grzbietu.

Po zakończeniu zabiegu pacjent powinien odpocząć przez kilkanaście minut, nie schodząc ze stołu, przy czym powinniśmy przykryć go np. lekkim kocem. W ramach serii prowadzonej w warunkach domowych, masaż taki wykonywać możemy z początku 2 razy, potem 1 raz tygodniowo.

Cały zabieg trwa ok. 40 minut. Po jego wykonaniu zdarzają się niekiedy reakcje niepożądane, najczęściej w postaci **bólów pleców** (co przeważnie świadczy o stosowaniu zbyt dużej siły w poszczególnych technikach, lub nieumiejętnym ich wykonywaniu), ogólnego rozbicia, a nawet podwyższonej temperatury, znikające zazwyczaj po kilku godzinach.

Masaż oczu

Jest to drugi zabieg, dla którego nie ma szczególnych wskazań leczniczych, stosowany głównie dla celów profilaktycznych. Według źródeł chińskich technika ta poprawia wzrok, zapobiega krótkowzroczności (szczególnie u dzieci) i stymuluje trzy „długie” meridiany Yang zaczynające się, jak wiemy, na twarzy, w bezpośredniej bliskości oczodołów. Techniki tej w Chinach uczą się w ramach zajęć szkolnych wszystkie dzieci i prawdopodobnie w wyniku tego krótkowzroczność dziecięca przyjmuje tam podobno o wiele mniejsze rozmiary niż w pozostałych krajach Wschodu (szczególnie w Japonii) i w krajach europejskiego kręgu kulturowego. Masaż ten jest również szczególnie wskazany dla osób pracujących w warunkach szkodliwych dla wzroku, szczególnie zaś przy komputerach.

Wszystkie punkty uciskamy w rytmie sekundowym po 30 razy.

Ćwiczenie I Końcami palców wskazujących

60 razy uciskamy punkt Ż 1.



Ćwiczenie II

Końcami palców wskazujących
60 razy uciskamy punkt Ex 9.



Ćwiczenie III

Końcami palców wskazujących ustawionych poziomo 60 razy uciskamy w kierunku nosa, na punkty PM 1.



Ćwiczenie IV

Opuszkami kciuków 60 razy uciskamy od dołu wyraźnie bolesne punkty PM 2.



Ćwiczenie V (ew. zamiast IV)

Te same punkty uciskamy opuszkami palców wskazujących, ułożonych w przybliżeniu pod kątem 45° w stosunku do osi nosa.



Ćwiczenie VI

Układając palce ponownie w taki sam sposób (jak w ćw. IV lub V), ale pośrodku brwi, dokładnie nad źrenicami patrzących na wprost oczu, znajdujemy na brzegu oczodołu wyraźnie bolesne punkty Ex 6. Podobnie jak poprzednie, uciskamy je 60 razy.

Ćwiczenie VII

Chwytem „szczypczykowym” pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym ugniatamy rytmicznie 60 razy punkt Ex 3.



Ćwiczenie VIII

Takim samym chwytem ujmujemy nos, uciskając punkty Ex 15.



Ćwiczenie IX

Tym samym chwytem schodzimy jeszcze niżej, na brzegi skrzydełek nosa, a ściślej mówiąc, w miejsce, gdzie łączą się one z policzkiem. Jest to punkt JG 20. Dociskamy mocno w kierunku szczęki (nie w kierunku nosa).



Palce wskazujące zginamy w „haczyk” tak, aby można było użyć do masażu odcinka pomiędzy I a II stawem międzypaliczkowym.



Ćwiczenie X

Wskazanymi powyżej, leżącymi pomiędzy stawami międzypaliczkowymi odcinkami palca wskazującego, „wycieramy” (tzn. głaszczemy odśrodkowo w jednym kierunku) 60 razy czoło od linii środkowej wzdłuż górnej granicy oczodołu do skroni i leżącego na niej, znanego nam punktu Ex 9.



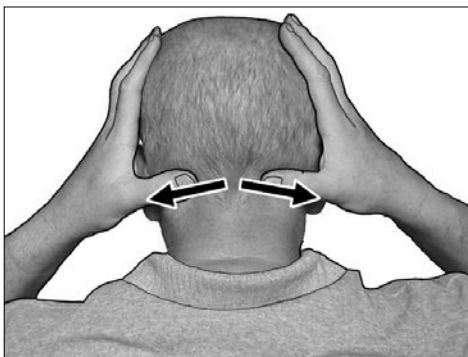
Ćwiczenie XI

Układając rękę i palce jak w poprzednim ćwiczeniu, „wycieramy” 60 razy wzdłuż dolnej granicy oczodołu – od nosa przez kość policzkową (punkt Ż 1), również do punktu Ex 9.



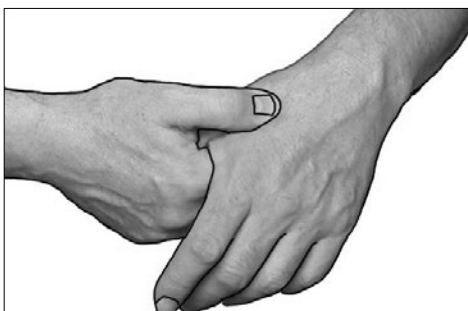
Ćwiczenie XII

Kciukami uciskamy po 10 razy miejsce obok miejsca brzeg kości potylicznej od linii środkowej do wyrostka sutkowatego.



Ćwiczenie XIII

Kciukiem uciskamy na każdej ręce punkt JG 4.



Przykładowe programy terapeutyczne

Przedstawione dalej przykładowe programy terapeutyczne dotyczą schorzeń, które spotyka się najczęściej w gabinecie masażysty. Nie są to pojedyncze wskazania, a zestawy (niektóre z nich obejmują po kilka jednostek chorobowych). Różnią się one nieco od tych, które mogą Państwo znaleźć zazwyczaj w innych podręcznikach, a to z tego względu, że zdecydowałem się połączyć w nich chińskie techniki terapeutyczne z współczesną wiedzą o chorobach. Zdaję sobie sprawę, że purystyczni zwolennicy tradycyjnej (energetycznej) medycyny chińskiej wyklną mnie za to, uważam jednak, że żyjemy w świecie zachodnim, gdzie diagnostyka i terapia energetyczna nie są jeszcze wystarczająco akceptowane. Same natomiast techniki masażu chińskiego (oczywiście odpowiednio dobrane) mogą jak najbardziej być uwzględnione w procesie współczesnego postępowania fizjoterapeutycznego. Każdy program składa się z dwóch części: pierwsza stanowi w miarę możliwości aktualny opis danego schorzenia lub schorzeń, druga jest programem masażu i niekiedy akupresury, która przynajmniej w części może być realizowana przez pacjenta jako „zadanie domowe”.

Musimy jednak pamiętać o tym, że masaż chiński, przynajmniej w podstawowym zakresie, nie wyleczy żadnej choroby. Podobnie jak akupunktura, ma on przede wszystkim działanie regulacyjne, a zatem umożliwia organizmowi uruchomienie własnych sił obronnych i w ten sposób wspomaga stosowaną przez lekarza terapię.

Jednym z najczęstszych schorzeń, z którymi spotyka się masażysta w swej praktyce są **BÓLE KRZYŻA** (samego krzyża, tzn. bez promieniowania do kończyny dolnej). Przyczyny ich mogą być do tego stopnia wielorakie, że problematyka ta stanowi wciąż temat zarówno sympozjów naukowych, jak i obszernych podręczników medycznych. Dość powiedzieć, że znaleźć tu mogą swe odbicie (i to bardzo często) schorzenia zarówno układu pokarmowego, jak i narządów kobiecych czy też moczopłciowego, a i nawet tak pozornie odległe narządy jak pęcherzyk żółciowy i serce mogą wpłynąć na pojawienie się tej częstej i przykłej dolegliwości. Nie można rozpocząć leczenia, opierając się na samych tylko obja-

wach, ponieważ łatwo przesłonić je w stopniu znacznie utrudniającym postawienie diagnozy. Bóle takie są jednak przeważnie konsekwencją najczęstszej choroby krążka międzykręgowego – dyskopatii, sąsiednich więzadeł, mięśni i układu szkieletowego. Z czasem zmiany postępują, doprowadzając do zwyrodnienia krążka międzykręgowego, przepukliny jądra miażdżystego oraz zmian czynnościowych (zablokowanie) i wytwórczych w obrębie kręgów i stawów międzykręgowych, z następczym zwężeniem kanału kręgowego. Rodzaj postępowania leczniczego musi być oczywiście uzależniony od klinicznego stanu pacjenta, często zaś rozróżnienie zmian chorobowych, od związanych po prostu z normalnym, fizjologicznym procesem starzenia okazuje się bardzo trudne.

Możemy rozróżnić:

- ostre lub przewlekłe lędźwiowo-krzyżowe bóle **niekorzeniowe** (co w praktyce oznacza niepromieniujące do kończyn dolnych) umiejscowione w okolicy przykręgosłupowej, które są najczęściej wywołane uszkodzeniem krążka międzykręgowego i tkanek miękkich, jednak bez ucisku na korzenie nerwowe;
- ostre lub przewlekłe lędźwiowo-krzyżowe bóle **korzeniowe**, umiejscowione głównie w obrębie pośladków, okolicy stawu biodrowego i kończyny dolnej. Spowodowane są one przeważnie przepukliną krążka międzykręgowego lub – szczególnie u osób młodszych – tzw. dysfunkcją segmentarną (zablokowaniem) w stawach międzywyrostkowych (d. międzykręgowych). Efektem tych zaburzeń jest bowiem przeważnie obrzęk w otworze międzykręgowym i spowodowany nim ucisk na korzeń nerwu (zwykle kulszowego). Mogą im towarzyszyć objawy niedowładu mięśni, przeczulice lub zniesienie odruchów ścięgnistych;
- u osób powyżej 55 roku życia podłożem bólów korzeniowych może być również zwężenie kanału kręgowego.

Jest to jedna z najczęstszych dolegliwości u dorosłych, zmuszająca zazwyczaj do szukania pomocy u lekarza. Pod względem częstości występowania jest ona drugą, po infekcjach górnych dróg oddechowych, przyczyną okresowej, a niekiedy nawet trwałej niezdolności do pracy.

Warto jednak wiedzieć, że jakkolwiek okresowo na bóle krzyża skarża się 60–90% populacji, jedynie czy też raczej zaledwie u ok. 1% pacjentów z nich występują „prawdziwe” objawy korzeniowe. W niewielkim procencie przypadków (2%) przyczyną dolegliwości bólowych okolicy lędźwiowej są zakażenia (i to są właśnie jedyne przypadki tzw. zapalenia korzonków), nowotwory lub zapalenia stawów kręgosłupa (tzw. spondyloartropatie). Pozostałe bóle mają najczęściej charakter mięśniowo-więzadłowy.

Mogą one mieć różny charakter i nasilenie. Często promieniują do kończyny, przeważnie właśnie wzdłuż nerwu kulszowego, jednak z drugiej strony warto pamiętać, że tzw. rwie kulszowej nie zawsze towarzyszy ból umiejscowiony w okolicy lędźwiowej. Czasem jest on zlokalizowany np. wyłącznie w okolicy kostki czy też w dole kolanowym. Stosunkowo często pojawiają się przeczulice, a także drętwienia i zaburzenia czucia w kończynach, jednak na ogół bez niedowładu mięśni (który z kolei, jeśli się pojawi np. w postaci opadania stopy, jest już bardzo poważnym objawem świadczącym o uszkodzeniu nerwu!). W zdecydowanej większości przypadków stwierdza się wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych.

Ponieważ ból krzyża często zmniejsza się w nocy, pozostawanie w łóżku zazwyczaj (przynajmniej czasowo) zmniejsza dolegliwości. Dlatego też podstawą leczenia w stanach ostrych powinien być kilkudniowy (czasem nawet do 2 tygodni) reżim łóżkowy oraz zabiegi fizjoterapeutyczne (co daje poprawę w 90% przypadków).

W przewlekłych zespołach bólowych, zwłaszcza o charakterze niekorzeniowym, stosować można gimnastykę leczniczą, jednak bez ćwiczeń narażających kręgosłup na wstrząsy; korzystnie działają też zabiegi manualne i fizykoterapia.

W przypadkach bardzo uporczywych bólów korzystne, chociaż krótkotrwałe efekty daje przezskórna elektrostymulacja nerwów obwodowych (TENS) oraz akupunktura.

W części przypadków przepuklina krążka międzykręgowego zmusza jednak do leczenia neurochirurgicznego, przy czym obecnie stosuje się bardzo zróżnicowane techniki operacyjne.

Bezwzględny wskazaniem do zabiegu są postępujące pomimo leczenia zachowawczego ubytkowe objawy neurologiczne (zanik odruchów) oraz stwierdzona radiologicznie (tomografia komputerowa lub MRI, jako że zwykłe zdjęcie RTG nie jest tu wystarczające) wyraźna przepuklina, uciskająca korzenie nerwowe lub oponę rdzenia kręgowego.

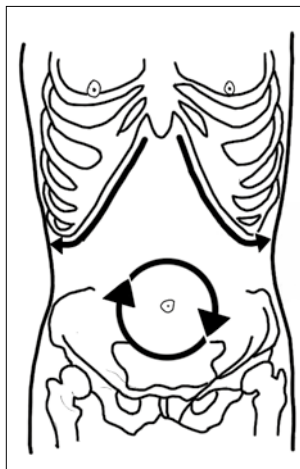
Wskazaniami względnymi są nieustępujące pod wpływem leczenia zachowawczego bardzo silne dolegliwości bólowe oraz czynnościowe skrzywienie kręgosłupa o bardzo dużym nasileniu (kręgosłup „ucieka” od miejsca bólu).

Warto jednak przy tym wiedzieć, że jakkolwiek pacjenci „bólowi” początkowo zazwyczaj bardzo dobrze reagują na zabieg operacyjny, jednak długofalowe wyniki leczenia nie wykazują istotnych różnic w porównaniu z grupą pacjentów leczonych zachowawczo.

Także w odniesieniu do niedowładów, zaburzeń czucia i innych „ubytkowych” objawów neurologicznych nie ma istotnej różnicy między efektami leczenia operacyjnego i zachowawczego.

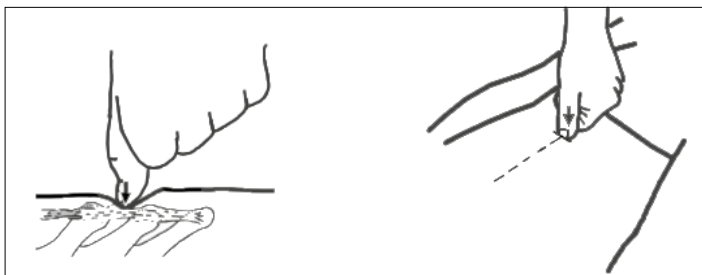
W leczeniu bólów krzyża masaż chiński, podobnie zresztą jak akupunktura i akupresura, daje bardzo korzystne efekty terapeutyczne.

Ponieważ osoba cierpiąca na bóle krzyża często jedynie z trudnością może położyć się na brzuchu, zabieg rozpoczynamy przeważnie od ułożenia jej na grzbiecie lub na boku, zaś sam masaż zaczynamy od powierzchni brzucha. Najpierw wykonujemy *wycieranie* najpierw dłonią, następnie zaś nasadą dłoni wzdłuż dolnej granicy żeber (od będącego zakończeniem mostka wyrostka mieczykowatego w kierunku na zewnątrz), po 20 razy z każdej strony. Następnie techniką pocierania (uwaga: nie ugniatania!) okrężnego dłonią zataczamy koncentryczne koła, wychodząc od pępka.



Ruchy wykonujemy zawsze *zgodnie z kierunkiem wskazówek zegara*, ponieważ w przeciwnym przypadku naruszylibyśmy mechanikę ruchu robaczkowego jelit. Następnie w sposób ciągły naciskamy dłonią brzuch, układając ją na pępku. Nacisk utrzymujemy przez 10 sekund i powtarzamy 4–5 razy. W tym momencie przeważnie pacjent jest już na tyle rozluźniony, że może położyć się na brzuchu.

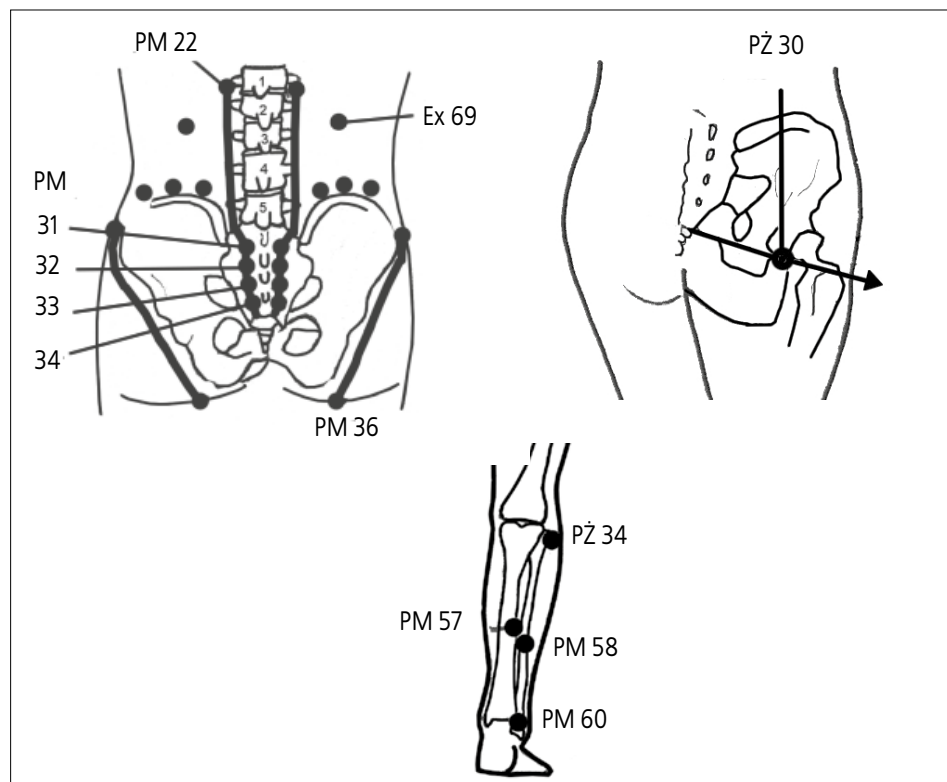
Przystępujemy zatem do masażu grzbietu. Najpierw bardzo delikatnie, czubkiem kciuka „wchodzimy” pomiędzy wierzchołek wyrostka kolczystego L5 i nasady kości krzyżowej, delikatnie naciskając kilka razy. Następnie „wchodzimy” pomiędzy L4 a L5 i powtarzamy to samo. Ćwiczenie powtarzamy w ten sam sposób aż do segmentu Th 10/Th 11.



W dalszej kolejności *piłujemy* wzdłuż linii meridianu PM od nasady kości guzicznej przez PM 34, PM 33, PM 32 i PM 31 (a zatem nad czterema otworami kości krzyżowej) aż do PM 22 (na wysokości L1). Następnie wykonujemy *uciskanie opuszką kciuka* lub kostką palca środkowego tych 4 punktów, oraz *wachlarzyk* wzdłuż linii jak na początku. Opuszką kciuka lub kostką palca środkowego (u osób otyłych nawet łokciem) uciskamy po 10 razy punkt Ex 69,

leżący 4 cun bocznie od wyrostka kolczystego L2. Idąc dalej, *ugniatamy* okrężnie nasadą dłoni linię wzdłuż zewnętrznego brzegu miednicy, od kości kulszowej do punktu bez nazwy, leżącego na przecięciu krawędzi talerza biodrowego z linią poziomą przebiegającą przez środek pępka, tzn. w najbardziej zewnętrznym punkcie talerza biodrowego, a następnie z reguły bolesne punkty (także bez numeracji), leżące na górnej krawędzi talerza biodrowego.

Na zakończenie zabiegu wykonujemy akupresurę: uciskamy łokciem 10 razy punkt **PM 36** oraz opuszką kciuka po 20 razy punkty **PŻ 30**, **PM 57**, **58** i **60** oraz **PŻ 34**.

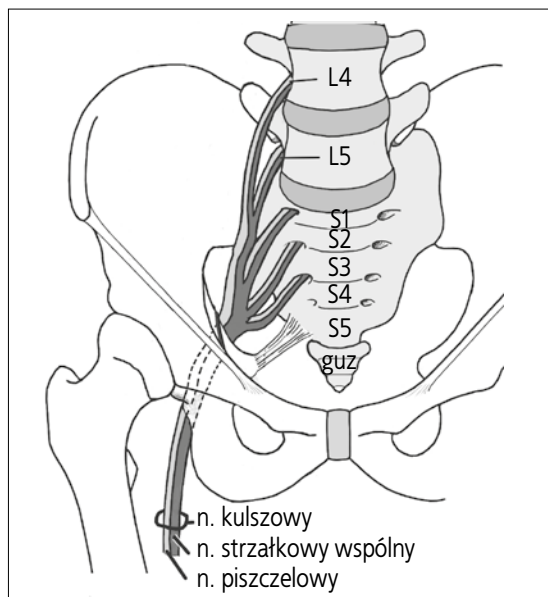


Podobnie jak omówione wcześniej bóle krzyża, **RWA KULSZOWA** jest schorzeniem występującym bardzo często. Nowe zachorowania obejmują bowiem co roku ok. 5% populacji, natomiast w ogóle na dolegliwość tę (oraz inne bóle krzyża) cierpi nawet do 60%. Według fachowego piśmiennictwa, u 90% z nich w ciągu 3 miesięcy dochodzi jednak do samoistnej poprawy, stąd też wśród fachowców trwają wciąż dyskusje czy – poza cięższymi przypadkami – nie byłoby najprościej (i oczywiście najtaniej) przez te 3 miesiące po prostu powstrzymać się od jakiegokolwiek leczenia. Innego zdania są, rzecz jasna, pacjenci, którym bóle krzyża utrudniają życie w bardzo niekiedy znacznym stopniu.

Podjęcie takie spowodowało jednak lekceważenie bólów krzyża w ciągu kilku pierwszych miesięcy od ich wystąpienia, a więc w okresie, kiedy leczenie jest łatwiejsze. Ostatnie doniesienia wskazują jednak, że chociaż u wielu chorych następuje samoistna poprawa, to nawet 75% ma w tym czasie co najmniej jeden nawrót dolegliwości, a u 72% po roku od jego wystąpienia ból się nadal utrzymuje. Wielu z tych chorych ma także ograniczoną sprawność. Oczywiście nie można tego uznać za „dobry wynik”.

Podstawowe znaczenie, zarówno dla właściwego rozpoznania, jak i planowania leczenia ma oczywiście diagnostyka, jako że efektem niewystarczająco dokładnej diagnozy w oczywisty sposób będzie źle ukierunkowane leczenie, a zatem prawdopodobnie i gorsze rokowanie. Ustalanie rozpoznania rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu i badania fizykalnego, co oczywiście jest zadaniem lekarza, a nie terapeuty. Warto wiedzieć przy tym jednak, że badania obrazowe powinno się wykonywać tylko wtedy, gdy uzyskane wyniki będą miały wpływ na postępowanie lecznicze, w zależności od wyniku badania lekarskiego. Takie podejście zmniejsza koszty związane z niepotrzebnie wykonywanymi badaniami obrazowymi (które podnoszą koszt, natomiast rzadko kiedy mają wpływ zarówno na metodę, jak i na ostateczny wynik leczenia).

Nerw kulszowy to najdłuższy z nerwów naszego ciała. Powstaje z połączenia 5–6 korzeni rdzeniowych, które wychodzą z kręgosłupa u jego podstawy. Potem jako jeden nerw, a właściwie połączenie dwóch nerwów wchodzących w jego skład (są to: nerw strzałkowy wspólny i nerw piszczelowy) biegnie wzdłuż kończyny dolnej.

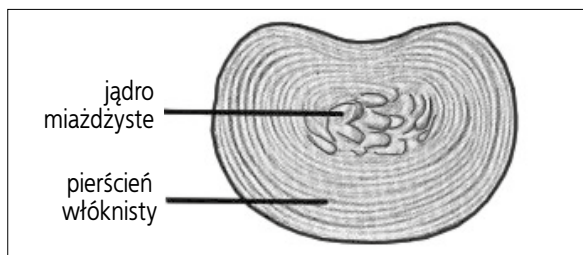


Gdy jest on uciśnięty w miejscu, gdzie opuszcza kręgosłup – pojawia się silny ból, który zaczyna się poniżej talii i promieniuje wzdłuż pośladka, biodra i schodzi aż do stopy. Może mu towarzyszyć mrowienie, kłucie, czasem drętwienie.

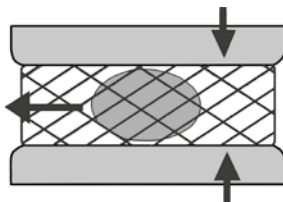
Przyczyną ucisku na nerw kulszowy może być m.in. wysunięty krążek międzykręgowy (dysk), obrzęk stawów kręgosłupa na skutek stanu zapalnego, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, osteoporoza. Do ataku rwy dochodzi często, gdy np. źle podniesiemy coś ciężkiego, nagle zrobimy jakiś ruch, na który nie byliśmy przygotowani, wykonamy nagły skręt tułowia.

„Prawdziwa” rwa kulszowa, czyli ból nieograniczający się do okolicy lędźwiowo-krzyżowej, ale połączony z promieniowaniem do kończyny dolnej wzdłuż nerwu kulszowego (stąd nazwa), w większości przypadków spowodowana jest uciskiem na ten nerw w miejscu, gdzie przechodzi on przez otwór pomiędzy dwoma sąsiadującymi z sobą kręgami, najczęściej 4 i 5 kręgiem lędźwiowym, lub pomiędzy 5 kręgiem lędźwiowym a kością krzyżową. Przyczyny tego stanu mogą być różne: przykurcze mięśni, zmiany zwyrodnieniowe kręgów, dysfunkcja segmentarna, czyli ograniczające ruch minimalne „podwichnięcie” łączących kręgi stawów międzywyrostkowych (dawniej nazywanych międzykręgowymi), spłaszczenie się (na skutek odwodnienia w starszym wieku lub w efekcie mikrourazów) krążka międzykręgowego, wreszcie najpoważniejsza – wysunięcie się części tego krążka w stronę korzeni nerwu kulszowego.

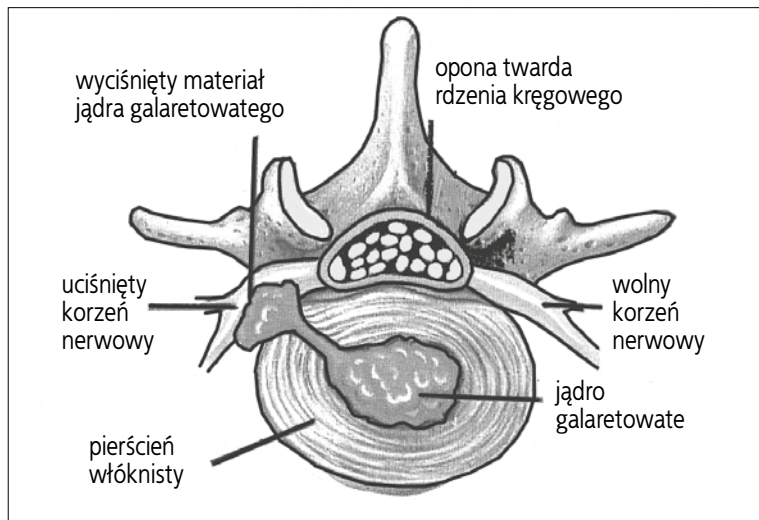
Trzeba tu kilka spraw wyjaśnić: krążek międzykręgowy, zwany popularnie dyskiem, stanowi ważny element ochronny i amortyzacyjny kręgosłupa. Składa się on przede wszystkim z dwóch części: zewnętrznego sprężystego pierścienia włóknistego i znajdującego się wewnątrz jądra miazdżystego.



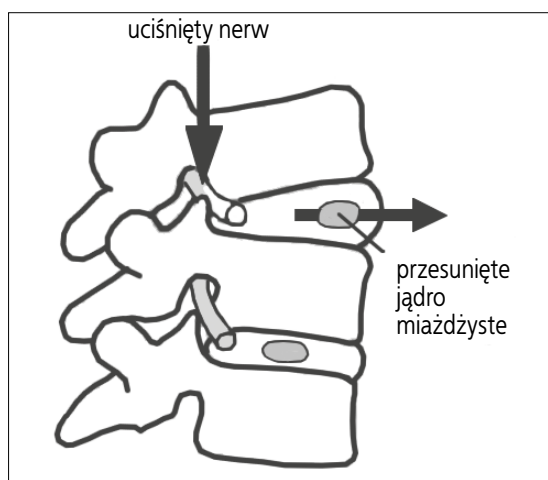
Tworzą one wspólnie „poduszeczkę amortyzacyjną” chroniącą m.in. nerwy wychodzące spomiędzy kręgów, w tym także nerw kulszowy.



Kiedy struktury pierścienia włóknistego słabną, powstaje sytuacja, w której brzeg krążka może wysunąć się do tzw. otworu międzykręgowego, uciskając na nerw. W gorszej sytuacji pierścień włóknisty pęka, zaś część jądra miazdżystego zostaje wyciśnięta na zewnątrz. Wówczas sytuacja staje się nieodwracalna i jedyną naprawdę efektywną metodą leczenia jest operacja.



Dużo częściej na szczęście mamy do czynienia z sytuacją, w której dochodzi do nadwichnięcia znajdujących się pomiędzy kręgami stawów międzywyrstkowych. Wprawdzie i wtedy dochodzi do uciśnięcia korzenia nerwowego w przewężonym otworze międzykręgowym, jednak stan taki jest odwracalny przy zastosowaniu metod terapii manualnej wykonywanej oczywiście przez odpowiednio kwalifikowanego fachowca.



Bez względu jednak na przyczynę, ucisk i podrażnienie tych korzeni wywołują silny ból promieniujący wzdłuż nogi, zgodnie z przebiegiem nerwu kulszowego, który z kolei jest praktycznie identyczny z przebiegiem dolnego odcinka meridianu pęcherza moczowego. Meridian ten należy, jak wiemy, do układu Yang, a objawy rwy należą do zespołu meridianowego (bóle na jego przebiegu).

A zatem prawdziwa rwa kulszowa to ból promieniujący od dolnej części grzbietu do kończyny dolnej, poniżej kolana, będący zwykle właśnie objawem uciśnięcia korzenia nerwu rdzeniowego.

Promieniowanie bólu poniżej łydki w pozycji siedzącej, przy zgięciu tułowia do przodu lub podczas kaszlu, kichania i defekacji może świadczyć o patologii samego krążka międzykręgowego (ból dyskogeny). Należy pytać pacjenta o dotychczasowe leczenie zgłaszanych dolegliwości, a zatem o wizyty u lekarzy, badania obrazowe i elektrodiagnostyczne oraz o efekty zastosowanego leczenia. Jeśli wykonywano u pacjenta tzw. blokady, należy się dowiedzieć, w którym miejscu, i czy wkłuwano się pod kontrolą obrazową, ponieważ, jak wskazują badania, blokady „na ślepo” nie trafiają we właściwe miejsce aż w 40% przypadków, nawet gdy je wykonuje osoba doświadczona.

Należy również zapytać pacjenta, czy był poddany rehabilitacji. Jeśli jego zdaniem wcześniejsza rehabilitacja była nieskuteczna, należy go zapytać o jej rodzaj, zastosowane zabiegi, a także czy zlecono mu ćwiczenia w domu i czy je wykonywał. Informacje te pomogą się zorientować w zakresie dotychczasowego leczenia i skuteczności zastosowanych metod.

W wywiadzie należy również zwrócić uwagę na objawy nietypowe: ból kończyny dolnej występujący podczas chodzenia powinien nasunąć podejrzenie chromania przestankowego o podłożu naczyniowym lub chromania rzekomego (ból korzeniowy przy chodzeniu), spowodowanego zwężeniem kanału kręgowego; ból związany z dyskopatią zwykle jest silniejszy w pozycji siedzącej (np. podczas prowadzenia samochodu) i podczas zginania kręgosłupa; nasilenie dolegliwości przy prostowaniu wskazuje na nieprawidłowość w obrębie np. stawów międzywyrastkowych.

Objawami ostrzegawczymi są zaburzenia oddawania stolca, moczu (zatrzymanie moczu) lub czynności seksualnych, obustronne zdrętwienie okolicy kroczonej, ból w nocy budzący chorego ze snu, niewyjaśniona utrata masy ciała, jak też nieustępowanie bólu pomimo leżenia w łóżku. Mogą to być bowiem objawy np. choroby nowotworowej, chorób układowych itp.

Warto wiedzieć, że w większości przypadków ostrego bólu krzyża nie ma potrzeby rutynowego wykonywania zdjęć rentgenowskich, które jednak wykonuje się zbyt często. Mogą one bowiem wykazać jedynie poważne zmiany strukturalne,

tn. kostne. Ponieważ zdjęcie rtg nie ujawnia tkanek miękkich, nie pozwala ono również na rozpoznanie zmian krążka międzykręgowego!

Lepsze efekty uzyskuje się stosując tomografię komputerową. Zapewnia ona bardzo dobry obraz struktur kostnych oraz dobrą rozdzielczość obrazu przepukliny jądra miażdżystego. Czułość tego badania w wykrywaniu przepukliny jądra miażdżystego jest jednak i tak mniejsza niż w badaniach przy użyciu rezonansu magnetycznego (MRI). Właśnie ta metoda stanowi nieocenioną pomoc w rozpoznawaniu przepukliny jądra miażdżystego w odcinku lędźwiowym i związanego z nimi uciśnięcia korzenia nerwu rdzeniowego. Zarówno w tomografii komputerowej, jak i w MRI problemem jest jednak dość znaczny procent nieprawidłowych wyników u osób bez dolegliwości. Dlatego badania te powinno się wykonywać jedynie u pacjentów wybranych, u których istnieją objawy pozwalające przypuszczać rozpoznanie choroby nowotworowej lub zakażenia, jak też postępujące ubytki neurologiczne (np. zanik odruchów). Dodać należy, że nie wszędzie badania te są dostępne, zawsze natomiast są kosztowne i przepisywane jedynie w naprawdę wymagających tego przypadkach.

Rwa kulszowa jako schorzenie czynnościowe i odwracalne jest wskazaniem również do zastosowania masażu chińskiego, który jednak z oczywistych względów nie może doprowadzić do całkowitego wyleczenia. Może wprawdzie zmniejszyć skurcz mięśni, nie usunie jednak zmian zwyrodnieniowych, ani też nie spowoduje cofnięcia się „na miejsce” krążka międzykręgowego (choć może ułatwić taką autorepozycję). Stanowi zatem znakomite uzupełnienie na przykład dla „chińskiego kręgarstwa” (należącego również do systemu masażu chińskiego TUI-NA, którego jednak z oczywistych względów nie wprowadziłem do tematyki naszej książki) lub do innych form terapii manualnej.

Rozpoczynając terapię w przypadku rwy kulszowej, w sposób oczywisty preferować będziemy punkty leżące na meridianie pęcherza moczowego, a zatem przede wszystkim **PM 31, 32, 36, 40, 57** oraz **60**, a także ten odcinek meridianu ścięgna-mięśniowego.

Rodzaj stymulacji punktów zależy od zaawansowania schorzenia. Inaczej bowiem musimy działać w przypadku rwy „świeżej”, o charakterze ostrym, inaczej zaś przy przewlekłej, trwającej niekiedy już kilka tygodni (a z taką przeważnie w praktyce się spotykamy).

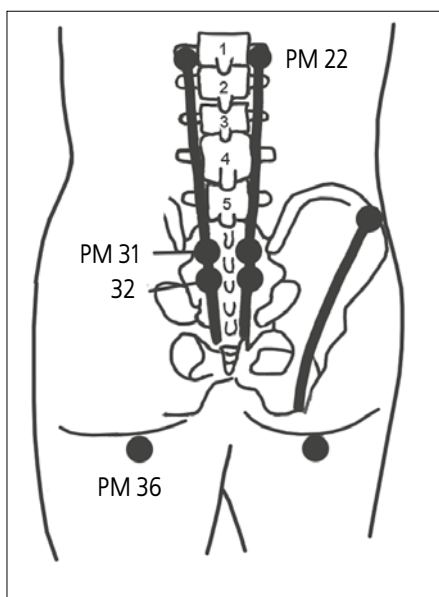
W przypadku **ostrego** stosować będziemy techniki lżejsze, takie jak *ucisk miejscowy przerywany* kciukiem, szybkie pocieranie i *ugniatanie okrężne* kciukiem oraz *dżganie trzema palcami* („szczyptą”) lub nawet jeszcze łagodniejsze pstrykanie. Możemy również stosować techniki „odśrodkowe”, takie jak *szczypanie*, czy też lekkie *chwytywanie trzema palcami*.

W przypadku trwającym dłużej, a zatem już **przewlekłym**, zastosowane bodźce będą silniejsze: posłużymy się silniejszym pocieraniem czy też raczej ugniataniem okrężnym kciukiem, uciskaniem łokciem, techniką *igłową* kostką palca środkowego oraz silną wibracją, a zatem technikami hamującymi. Możemy również stosować technikę przetaczania kciukiem.

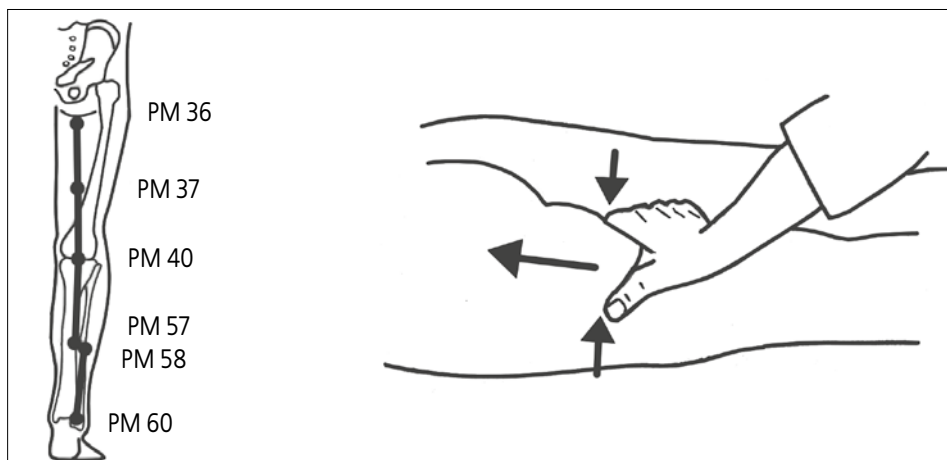
W przypadkach **ostrych** natomiast preferować będziemy masaż dosercowy wzdłuż linii meridianu oraz techniki liniowe, takie jak przesuwanie, pocieranie posuwiste (*piłowanie*) oraz pocieranie okrężne nasadą dłoni z jednoczesnym przesuwaniem wzdłuż meridianu.

Program terapeutyczny wyglądać będzie zatem następująco:

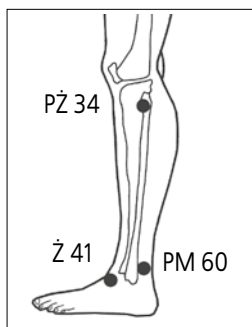
1. *Piłowanie* wzdłuż linii meridianu PM od nasady kości guzicznej, poprzez **PM 32** i **PM 31**, wzdłuż meridianu PM aż do wysokości L 1 (**PM 22**); *chwytanie 3 palcami* lub *uciskanie opuszką kciuka* punktów PM 32 i 31, *wachlarzyk* wzdłuż tej linii.
2. *Ugniatanie okrężne nasadą dłoni* lub *toczenie* wzdłuż zewnętrznego brzegu miednicy od kości kulszowej do punktu leżącego na przecięciu krawędzi talerza biodrowego z linią poziomą przebiegającą przez środek pępka, tzn. w najbardziej zewnętrznym punkcie talerza biodrowego, „w górę”.



3. *Ugniatanie palcami* oraz *ugniatanie okrężne nasadą dłoni* lub *toczenie* meridianu PM od **PM 60** przez **PM 57**, **PM 40**, **PM 37** do **PM 36**. W każdym z tych punktów, w zależności od stanu pacjenta, również stymulacja rytmicznym *uciskaniem opuszką kciuka* lub techniką *pstrykania*.



4. Stymulacja punktów **Ż 41**, **PM 60** i **PŻ 34** techniką *pstrykania*.

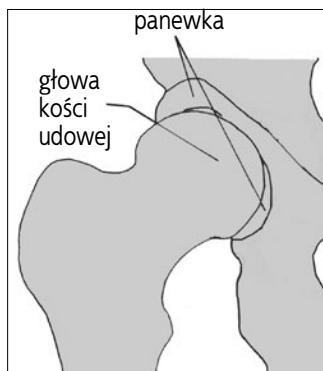


5. *Wachlarzyk* wzdłuż całego odcinka meridianu PM od kostki do pośladka.

Zabiegi w stanie ostrym wykonywać będziemy w miarę możliwości codziennie, a co najmniej 3 razy w tygodniu, natomiast w stanach przewlekłych 2 razy. Dodać tu należy, że w wielu przypadkach pierwszym etapem terapii powinno być skorzystanie z konsultacji bardzo doświadczonego terapeuty manualnego (takiego jednak, który po pierwsze posiada odpowiednie kwalifikacje, a po drugie, nie ma zwyczaju „nastawiania wszystkiego, co nie ucieknie na drzewo”) i ewentualne zastosowanie przez niego zabiegu korygującego stosunki anatomiczne w kręgosłupie lędźwiowo-krzyżowym.

Bardzo częstym powodem, dla którego pacjenci szukają pomocy masażysty, są **BÓLE STAWU BIODROWEGO**.

Składa się on z panewki (rodzaj miseczki utworzonej przez kość biodrową) i głowy kości udowej, która porusza się w tejże miseczce. Rola jego jest dwójaka: po pierwsze umożliwia wykonywanie ruchów w trzech płaszczyznach, a mianowicie odwodzenia i przywodzenia, rotacji osiowej i rotacji wzdłużnej, po



drugie zaś uczestniczy w przekazywaniu obciążeń z kręgosłupa lędźwiowego poprzez miednicę do kończyn dolnych.

Warto wiedzieć, że kiedy stoimy na jednej nodze, wypadkowa sił działająca na staw, a pochodząca od masy głowy, tułowia, kończyn górnych oraz drugiej (uniesionej) nogi wynosi aż 81% całkowitej masy ciała. A zatem np. przy chodzeniu taki właśnie ciężar co chwila naprzemiennie obciąża stawy.

Bóle stawu biodrowego połączone są przeważnie z ograniczeniem ruchu, czego przyczyną są przede wszystkim zmiany zwyrodnieniowe.

Generalnie dotyczą one najczęściej dużych stawów, w 25–40% przypadków stawów kolanowych, w podobnym stopniu stawów biodrowych. Wprawdzie zmiany chorobowe mogą pojawiać się również w kręgosłupie czy w niektórych stawach rąk, jednak ze względu na funkcję, jaką spełniają stawy biodrowe i kolanowe, właśnie ich zwyrodnienie doprowadza często do ograniczenia ruchomości lub wręcz inwalidztwa.

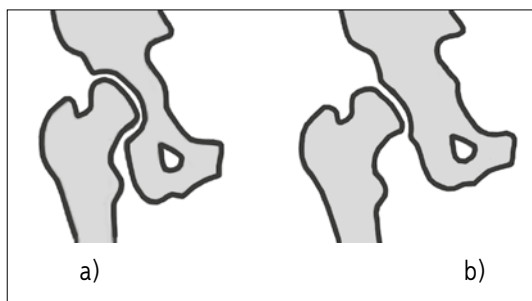
Chorobę zwyrodnieniową stawów uważa się zasadniczo za typowy „stan zużycia”. Powtarzające się w ciągu całego życia urazy mechaniczne doprowadzają do ścierania się chrząstki. Często przyczyną rozwoju tej choroby są również niewyleczone w dzieciństwie zaburzenia rozwoju stawu, czyli tzw. dysplazje stawowe.

Dysplazja, czyli niedorozwój stawu biodrowego, prowadzący do jego niestabilności, jest najczęstszą wadą wrodzoną występującą u noworodków. Jest ona wynikiem anatomicznej niedojrzałości biodra, na co składa się przede wszystkim płaska i płytka panewka ze stromym ustawieniem jej sklepienia. Określa się to jako dysplazję fizjologiczną, która przy właściwym postępowaniu powinna zaniknąć. W powstawaniu jej niewątpliwie znaczącą rolę odgrywa czynnik genetyczny, za czym przemawia występowanie rodzinne (10–20%), oraz powiązanie wady z płcią żeńską (4–6 razy częściej niż u płci męskiej).

Niektóre sytuacje mogą w zwiększonym stopniu doprowadzać do zwiększonej niestabilności biodra, a następnie jego podwichnięcia lub nawet zwichnięcia. Płód w łonie matki jest skulony, biodra i kolana są w zgięciu, uda w lekkim odwiedzeniu. Po urodzeniu noworodek utrzymuje tę pozycję i dlatego każdy, szczególnie gwałtowny, ruch wyprostny w biodrze działa bardzo niekorzystnie na zwartość stawu biodrowego. Na taki właśnie gwałtowny wyprost w stawie wpłynąć mogą również czynności wykonywane przez położników podczas porodu (pomoc ręczna, trzymanie noworodka za nóżki główką do dołu oraz mierzenie długości

ciemieniowo-piętowej)). Innymi słowy, w większości przypadków przyczyną są czynniki genetyczne oraz okoliczności okołoporodowe.

Nieprawidłowe leczenie dysplazji prowadzi do utrwalenia się wady, a w efekcie do poważnych zaburzeń czynności stawu biodrowego:



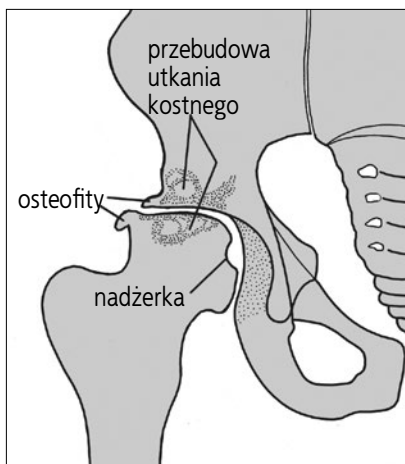
- a) panewka pokrywa głowę kości udowej, która jest w niej pograżona, umożliwiając ruchy stawu;
- b) panewka jest płytka i stroma, nie pokrywa głowy kości udowej, co umożliwia jej wychodzenie. Jest to forma zwłknięcia stawu biodrowego, która nie leczona od razu doprowadzić może do kalectwa.

Jeśli mamy u pacjenta do czynienia z nadwagą, wadami postawy lub zaburzeniami czucia, naciski na powierzchnie stawowe są większe.

Swoją rolę w powstawaniu tej choroby ma także starzenie się chrząstki, ponieważ rozluźnienie jej struktury włóknistej osłabia odporność na obciążenia.

Organizm broni się przed uszkodzeniem chrząstki, dlatego obserwujemy zazwyczaj dwa procesy równoległe: zmiany zwyrodnieniowe oraz regenerację. Ostatecznie jednak zazwyczaj dochodzi do rozmiękania i sfaldowania powierzchni stawu. Powstają wówczas pod tą warstwą ubytki w warstwie chrzęstnej (nadżerki) i torbiele. W dalszej kolejności zmianom zapalnym ulega tzw. błona maziowa wyściełająca staw od wewnątrz. W wyniku działania procesów regeneracyjnych (odtwórczych) powstaje w tym miejscu tkanka bliznowata i nowa warstwa kości pod chrząstką, natomiast na brzegu powierzchni stawowych pojawiają się charakterystyczne wyrośla kostne zwane osteofitami, czy też popularnie „dziobami”.

Pacjenci najczęściej skarżą się na poranną sztywność stawu – nierzadko może ona trwać powyżej pół godziny – ale także nasilający się



ból po dłuższym chodzeniu. Jeśli do tego dołączymy jeszcze obecność osteofitów stwierdzanych w badaniu radiologicznym stawu, to mamy już pełny obraz choroby zwyrodnieniowej.

Z początku objawy chorobowe są dyskretne i, co dość w tym przypadku charakterystyczne, bardzo często dolegliwości bólowe lokalizują się nie w biodrze, a w kolanie. Sam zwyrodniały staw biodrowy wywołuje bóle w pachwinie i na przodzie lub z boku uda, przy czym dolegliwości nasilają się zazwyczaj po okresie bezruchu. Przeważnie dochodzi też do ograniczenia ruchomości stawu biodrowego. Chory miewa trudności z założeniem nogi na nogę, często pojawia się także skrócenie chorej kończyny np. na skutek przykurczu w stawie. W miarę rozwoju choroby pojawiają się następne objawy:

- narastająca bolesność stawu biodrowego, z początku pojawiająca się jedynie przy wysiłku, z czasem również spoczynkowa;
- nasilające się dolegliwości ze strony stawu kolanowego;
- ograniczenie ruchów w stawie biodrowym: rotacji wewnętrznej, następnie zaś przeprostu, odwiedzenia i przywiedzenia;
- utykanie będące efektem zarówno bólu, jak i wspomnianego czynnościowego skrócenia kończyny;
- postępujące przykurcze.

Przyczyny zmian zwyrodnieniowych mogą być różne, przy czym tzw. pierwotne mają najczęściej charakter idiopatyczny, tzn. ich pochodzenie jest nieznane. Przyczyną zmian wtórnych mogą być na przykład:

- wady wrodzone stawu biodrowego, takie jak dysplazja, czy też wrodzone zwinięcie;
- zaburzony okres wzrostowo- rozwojowy;
- zmiany pourazowe;
- przebyte procesy zapalne;
- reumatoidalne zapalenie stawów;
- zmniejszona wytrzymałość stawu na obciążenia w wyniku osteoporozy, zaburzeń hormonalnych, czy też chorób układowych;
- przeciążenie stawu (jest to choroba głównie ludzi otyłych), a zatem pierwszym ważnym, choć często niemożliwym do osiągnięcia, sposobem odciążenia stawów jest redukcja nadwagi.

Postępy choroby można na jakiś czas zahamować, jednak jedynie w przypadku wczesnego wykrycia zmian zwyrodnieniowych. Znajdują tu zastosowanie ćwiczenia w odciążeniu, fizykoterapia, odciążanie stawu, czy też leczenie uzdrowiskowe, które pozwalają na utrzymanie chrząstki stawowej w dobrym stanie czynnościowym.

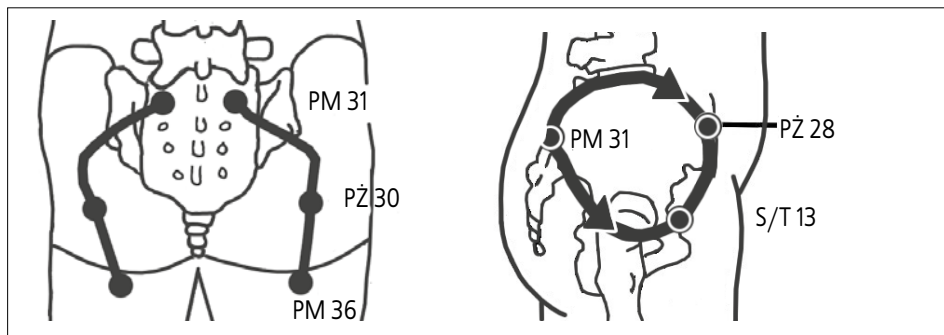
Znajdują tu zastosowanie również różne formy masażu, w tym masaż chiński.

Trzeba jednak z przykrością stwierdzić, że zwyrodnieniowa choroba stawu biodrowego jest bardzo trudna do leczenia masażem, a to ze względu na grubą warstwę mięśni, a niekiedy i tłuszczu otaczającego staw. Niemniej jednak przy zastosowaniu metod masażu chińskiego możemy przeważnie ulżyć cierpieniom pacjenta i wesprzeć w ten sposób niezbędną terapię farmakologiczną i fizjoterapię ruchową, pod warunkiem jednak, że zabiegi odbywać się będą codziennie.

Tutaj miejsce na małą dygresję: masaż chiński, jako metoda całościowa, obejmuje także duży zakres biernych ćwiczeń fizycznych i mobilizacji stawów. Jeśli jednak nauczanie się podstaw samych technik masażu jest już bardzo trudne, to techniki mobilizacyjne są tak precyzyjne, a zastosowanie ich związane z taką odpowiedzialnością, że z książek nauczyć się ich nie można. Z tego też względu zostały tu pominięte.

Zabieg rozpoczynamy od punktów peryferyjnych. Pacjenta układamy na boku, chorym biodrem do góry. Najpierw *techniką ucisku przerywanego* czubkiem kciuka masujemy punkty **PM 60** i **PŻ 34**.

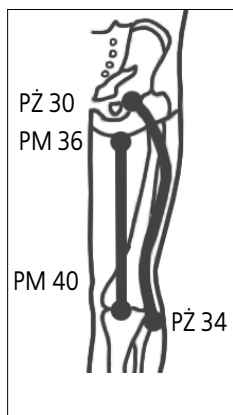
Następnie *techniką ugniatania okrężnego* nasadą dłoni masujemy linię od **PM 36** przez **PŻ 30** do **PM 31**. W dalszej kolejności w taki sam sposób masujemy od punktu **PM 31** dwie linie: najpierw „górną” tzn. wzdłuż krawędzi talerza biodrowego do **PŻ 28** i dalej o **S/T 13** (4 cun w bok i 1 w górę od spojenia łonowego), a później „dolną”, przez krętarz wielki również do **S/T 13**.



W dalszej kolejności układamy rękę na krętarzu wielkim i nasadą dłoni *wykonujemy techniką pocierania okrężnego* koncentryczne do wysokości talerza biodrowego (i odpowiednio w drugą stronę) kręgi czy też spiralny ruch odśrodkowy. Masaż taki wykonujemy przez 5 minut.

Teraz tą samą techniką masujemy cały pośladek, a na-





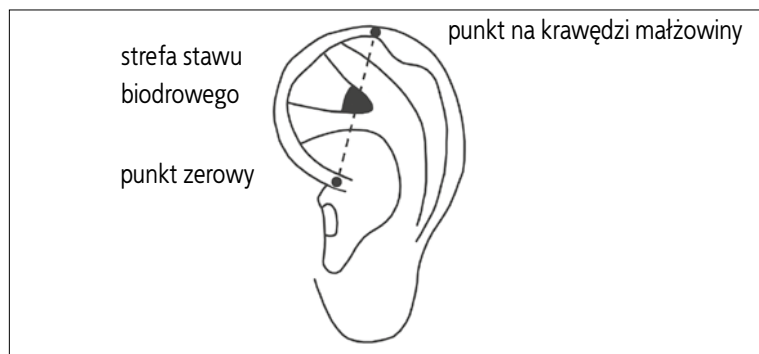
stępnie techniką *wachlarzyka* masujemy odcinek PM od PM 40 do PM 36, oraz od PŻ 34 do PŻ 30

Na zakończenie przystępujemy do bardzo w tym przypadku istotnego **masażu ucha**. Na szczycie tzw. dołu trójkątnego w górnej części małżowiny usznej znajduje się punkt odpowiadający stawowi biodrowemu. W przypadkach schorzeń tego stawu jest on bardzo wrażliwy na ucisk znaną nam już palcówką do akupresury lub np. drzewcem zapalaki.



Takim właśnie narzędziem uciskamy punkt ten w sekundowych odstępach 20 razy. W środkowej części małżowiny usznej znajduje się zagłębienie wokół kanału słuchowego, nazywające się jamą uszną. Jest ona podzielona na dwie części wchodzącym w jej głąb tzw. obrąbkem. Przesuwając paznokciem po obrąbku, wyczuwamy charakterystyczną szczelinę, w której mieści się punkt określany jako „zerowy”. Ma on bardzo ważne znaczenie w akupunkturze i masażu małżowiny usznej, jako że jest uważany za jej „zarządcę”. Oznacza to, że jego nakłucie lub masaż uaktywnia wszystkie punkty i strefy ucha związane z danym narządem (na małżowinie usznej znajdują swe odbicia wszystkie narządy organizmu ludzkiego). Także i ten punkt uciskamy 30 razy.

Jeśli teraz wyobrazimy sobie linię łączącą punkt zerowy z punktem odpowiadającym stawowi biodrowemu i przedłużymy ją w myśli do krawędzi ucha, w miejscu tym odnajdziemy również bolesny punkt, który najlepiej jest masować



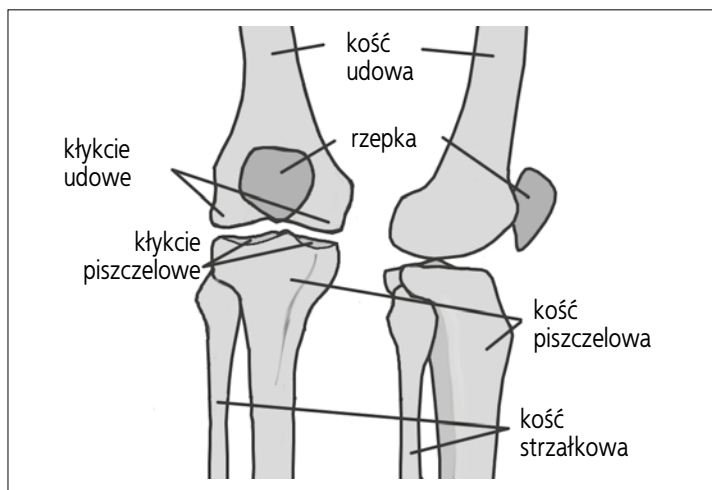
poprzez ściskanie pomiędzy kciukiem a palcem, przy czym ściskanie wykonujemy także 20 razy. Masaż taki działa silnie przeciwbólowo, nie zmniejsza jednak napięcia mięśni okołostawowych i nie może z tego względu być stosowany jako jedyny środek terapeutyczny. Jest on jednak cennym uzupełnieniem masażu chińskiego, pomimo iż formalnie do niego się nie zalicza.

Musimy jednak być świadomi tego, że w bardzo znacznej ilości przypadków leczenie zachowawcze nie daje zadowalających rezultatów i konieczne staje się operacyjne wszczępienie endoprotezy. Istotą tego zabiegu jest zastąpienie „zużytego” stawu biodrowego nowym, sztucznym.



Następnego dnia po zabiegu rozpoczyna się proces usprawniania mający na celu doprowadzenie pacjenta w krótkim czasie do jak największej sprawności, jednak rehabilitacja nie powinna kończyć się wraz z opuszczeniem szpitala, jako że jest ona jedynie przygotowaniem do dalszego usprawniania w warunkach domowych czy ambulatoryjnych.

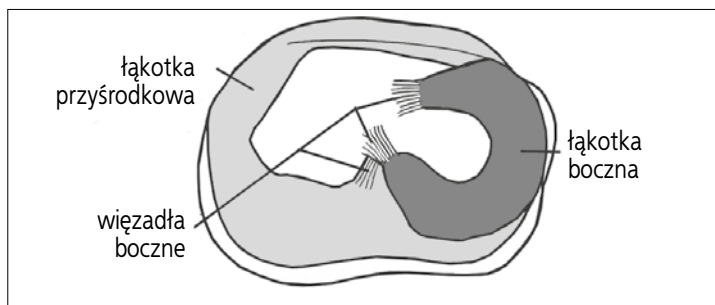
Największym stawem organizmu ludzkiego jest **STAW KOLANOWY**. Łączy on kość udową z kością piszczelową. Prawidłowe jego działanie decyduje o właściwym funkcjonowaniu kończyn dolnych, a także całego narządu ruchu. Tworzą go dwa wypukłe kłykcie udowe, dwa wklęsłe kłykcie piszczelowe oraz rzepka.



Jak każdy staw, posiada on powierzchnie stawowe pokryte chrząstką stawową, torebkę stawową oraz jamę stawową wraz z wypełniającym ją płynem stawowym.

Wypukłe kłykce kości udowej stanowią główkę stawową, która porusza się na wklęsłych powierzchniach kłykci kości piszczelowej stanowiących panewkę stawową. Rzepka jest spłaszczoną kością włączoną w aparat wyprostny kolana.

Do stawu kolanowego należą również łąkotki, twory chrzęstno-włókniste, spełniające w nim szczególną rolę. Mają one kształt sierpowaty, a w przekroju czołowym postać klina zwróconego podstawą do torebki stawowej, zaś wierzchołkiem do wnętrza stawu. W prawidłowym stawie kolanowym występują dwie łąkotki: boczna i przyśrodkowa.



Łąkotki na górnej powierzchni kości piszczelowej

Główną funkcją łąkotek jest poprawienie zwartości stawu, jak też przenoszenie obciążeń i osłanianie chrzęstnych powierzchni stawowych oraz ograniczanie maksymalnego zgięcia i wyprostowania stawu,



Staw kolanowy w zgięciu 90°

Istotną rolę w stawie kolanowym odgrywają również więzadła, spośród których najważniejsze są cztery:

- a) więzadło poboczne piszczelowe (MCL);
- b) więzadło poboczne strzałkowe (LCL);
- c) więzadło krzyżowe przednie (ACL);
- d) więzadło krzyżowe tylne (PCL).

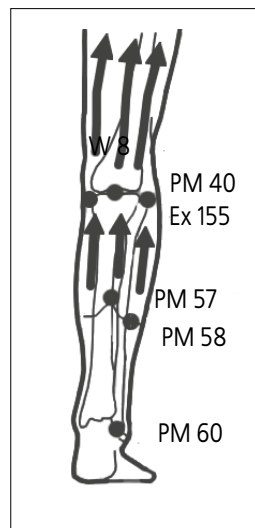
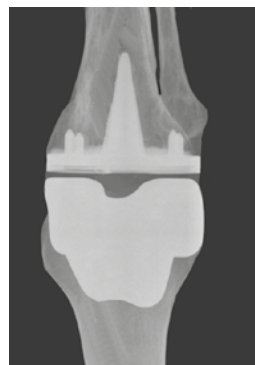
BÓLE KOLAN są często spotykaną dolegliwością. Mogą one należeć do dwóch radykalnie odmiennych grup. Można je bowiem podzielić na **przeciążeniowe**, wywołane przede wszystkim bardzo aktywną działalnością sportową, zwłaszcza połączoną z licznymi, a drobnymi urazami, oraz **zwyrodnieniowe**, powiązane ze schorzeniami reumatycznymi, a często także otyłością. Bóle zwyrodnieniowe stawu biodrowego i kolanowego są często ze sobą ściśle powiązane.

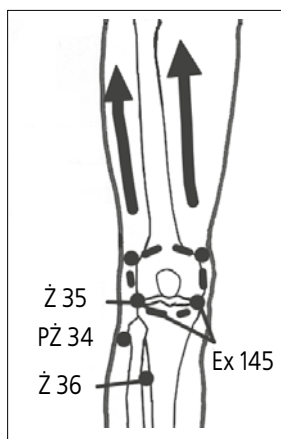
Tak samo, jak w przypadku stawu biodrowego i tu zmiany zwyrodnieniowe mogą spowodować konieczność wymiany stawu na sztuczny (endoprotezę).

Masaż chiński, jako metoda działająca głównie objawowo, może w podobny sposób oddziaływać w obydwóch rodzajach bólów, zmniejszając ich intensywność i zwiększając zakres ruchu.

Przed zabiegiem kolano ogrzewamy suchymi gorącymi chustami lub strumieniem powietrza z suszarki. Pacjent najpierw kładzie się na brzuchu. Masaż rozpoczynamy od ugniatacia okrężnego opuszką kciuka punktu **N 1**. W ten sam sposób masujemy punkty **PM 60**, **PM 58** i **PM 57**. Następnie ugniatamy okrężnie nasadą dłoni, przesuując się do góry, mięśnie łydki, dołu podkolanowego i uda, z tym że zatrzymujemy się dole podkolanowym, gdzie uciskamy rytmicznie opuszką kciuka po 30 razy punkty **PM 40** (ostrożnie, ponieważ jest bardzo wrażliwy, a pod nim przebiegają ważne naczynia krwionośne i nerwy), **W 8** (leżący na wewnętrznym brzegu dołu podkolanowego) oraz punkt **Ex 1 55**, leżący na jego brzegu zewnętrznym.

Teraz pacjent kładzie się na grzbiecie lub siada ze zwisającymi nogami. Ugniataciem okrężnym czubkiem kciuka masujemy punkty **Ż 36**, **PŻ 34**, **Ż 35** znajdujący się tuż pod rzepką w szparze stawowej **Ex 145** (jak wiemy są to 2 symetryczne punkty, z których jednym jest Ż35) oraz dwa punkty leżące nad nimi, u nasady kości





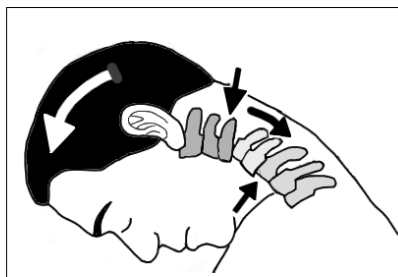
udowej. Następnie opuszką kciuka ugniatamy punkty leżące wokół stawu, po czym nasadą dłoni przesuwamy wzdłuż meridianów uda w kierunku dosercowym przez kilka minut.

Masaż ten wymaga wytrwałości, jednak przy systematycznym wykonywaniu przynosi niewątpliwie dobre wyniki przy tym męczącym schorzeniu.

Wraz z szybko rozwijającą się motoryzacją wzrasta liczba wypadków samochodowych. Do najczęściej spotykanych i wśród niefachowców uważanych (niesłusznie) za banalną należy sytuacja, w której samochód najeżdża na przeszkodę (którą przeważnie jest inny samochód lub drzewo) lub też sam zostaje z tyłu uderzony. W obydwóch przypadkach pasażerowie – w tym zwłaszcza osoby przypięte pasami – stosunkowo często doznają charakterystycznego „komunikacyjnego” uszkodzenia kręgosłupa szyjnego zwanego **URAZEM AKCELERACYJNYM (PRZYSPIESZENIOWYM)** lub **urazem typu trząśnięcia (smagnięcia) biczem** – od ruchu wykonywanego głową, w pierwszym przypadku przemieszczającą się raptownie do przodu i – niejako „z odbicia” – do tyłu, w drugim natomiast na odwrót.

Nagłe zgięcie i przeprost kręgosłupa towarzyszące stłuczce może doprowadzić nawet do złamania kręgosłupa i porażenia wszystkich czterech kończyn w następstwie uszkodzenia rdzenia kręgowego. Częściej jednak dochodzi tylko do naciągnięcia więzadeł i mięśni oraz różnego stopnia pęknięć w obrębie krążka międzykręgowego. Po wypadku może dojść także do zaburzeń stabilności kręgosłupa szyjnego. Uraz komunikacyjny doznany przez osobę w średnim wieku może stać się początkiem dolegliwości trwających nawet latami. W takiej sytuacji należy przypuszczać, że uraz ujawnił przewlekłe i dotychczas niedające o sobie znać zmiany zwyrodnieniowe szyjnego odcinka kręgosłupa.

Wbrew pozorom, uraz taki może być bardzo niebezpieczny nawet dla życia, jako że podczas wypadku co najmniej jeden z kręgów szyjnych przekracza zazwy-



czaj fizjologiczną granicę ruchu, czyli ulega podwichnięciu, czasami zaś nawet pełnemu zwichnięciu (co właśnie może być stanem zagrażającym życiu).

Najczęściej kręgi górne (C1–C3) przesuwają się w kierunku brzuszny, środkowe (C4–C5) wychylają się do przeprostu, zaś dolne (C6–Th1) przesuwają się do tyłu.

Przesunięcia te są zazwyczaj niewielkie, mogą jednak spowodować wysunięcie się krążka międzykręgowego, ponadto ucisk na nerwy wychodzące przez otwory międzykręgowe. Więzadła i mięśnie zostają również nadmiernie rozciągnięte, czemu towarzyszy często opuchnięcie karku, małe krwiaki wewnętrzne, czasem zaś także gorączka.

Do tego oczywiście dochodzi przeważnie szok pourazowy, a niekiedy nawet utrata przytomności. Innymi objawami są bóle głowy, zwłaszcza o charakterze potylicznym, sztywność ramion, drętwienie rąk i szum w uszach. Ponieważ uszkodzenia kręgosłupa szyjnego w takim przypadku mogą być bardzo różnorodne, od banalnych skręceń i stłuczeń poczynsz, na złamaniach kręgosłupa powikłanych uszkodzeniami rdzenia przedłużonego i kręgowego oraz korzeni nerwowych kończąc – praktycznie każdy uraz kręgosłupa (a zwłaszcza połączony z bólem) należy traktować jako **potencjalnie bardzo niebezpieczny** i pod żadnym pozorem nie przystępować samemu do żadnej terapii. Ofiary takich wypadków nie tylko wymagają najczęściej natychmiastowej pomocy lekarskiej, ale muszą wręcz być transportowane do wysokospecjalistycznych ośrodków neurochirurgicznych.

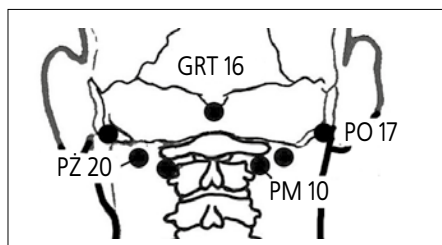
W razie wypadku nie wolno (poza sytuacjami bezpośredniego zagrożenia dla życia, przede wszystkim w postaci grożącego pożaru), pod żadnym pozorem wyciągać jego ofiary „na siłę” z samochodu, pozostawiając te czynności dysponującemu zarówno odpowiednim przygotowaniem fachowym jak i wyposażeniem umożliwiającym zabezpieczenie uszkodzonego kręgosłupa szyjnego, wykwalifikowanemu personelowi ratownicemu. Niefachowo udzielona pomoc grozi pacjentowi śmiercią lub dożywotnim kalectwem!!!

Nawet w lekkich przypadkach kręgosłup szyjny, oczywiście po przeprowadzonych badaniach lekarskich, w tym zdjęciach rentgenowskich, powinien być przez pewien czas unieruchomiony, na przykład miękkim kołnierzem ortopedycznym z gąbki, w ostateczności szerokim i grubym pasmem waty owiniętym bandażem elastycznym, zaś w razie braku takowego – szalikiem lub pasem materiału. Dopiero kiedy (przeważnie po ok. 3 tygodniach) minie okres bólów, można przystąpić do bardzo, ale to **naprawdę bardzo** ostrożnego masażu.

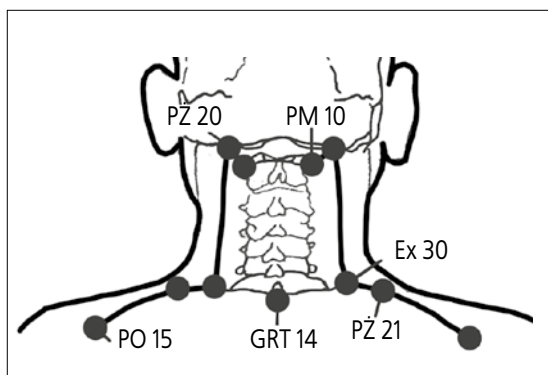
Bolesne miejsce rozgrzewamy najpierw za pomocą suchych, gorących okładów (świeżo wyprasowane chusty) lub też, co jest i łatwiejsze, i w gruncie rzeczy skuteczniejsze (a w masażu wschodnim ostatnio bardzo popularne), strumieniem ciepłego powietrza z suszarki elektrycznej (właśnie na chustę, nie na gołe ciało). Tu uwaga: takie podgrzewanie tkanek może być stosowane dopiero **po** ustąpieniu ostrego stanu! W przeciwnym przypadku postępowanie takie może sytuację pacjenta jeszcze bardziej pogorszyć – ostre stany urazowe raczej należy

chłodzić niż rozgrzewać (stąd np. spraye zamrażające, stosowane przez masażystów sportowych).

Następnie bardzo delikatnie, powoli, ale stanowczo, płasko przyłożoną opuszką (nie czubkiem!) kciuka uciskamy w sposób ciągły po 10 sekund punkty leżące pod potylicą, a zatem **GRT 16**, **PM 10**, **PŻ 20** i **PO 17**. Ucisk każdego punktu powtarzamy 4–5 razy. Zabieg ten musi być wykonywany tak miękko i delikatnie, aby absolutnie nie wywoływać bólu!

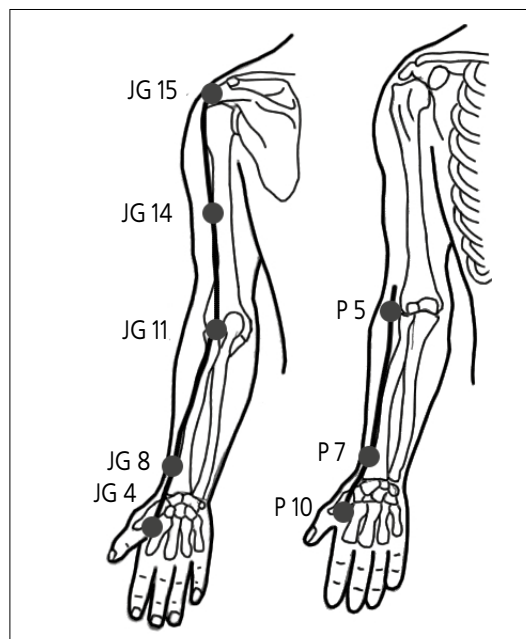


Kolejnym chwytem jest delikatne pocieranie okrężne opuszką kciuka linii łączącej **PM 10**, **PŻ 20**, **PŻ 21** i **PO 15**, przy czym każdy z tych punktów również uciskamy rytmicznie opuszką kciuka po 10 razy. Następnym punktem masowanym jest **GRT 14**, który delikatnie *pstrykamy* w rytmie sekundowym – także 10 razy.



Teraz przechodzimy do kończyny górnej. Uciskamy rytmicznie (znowu po 10 razy) punkty meridianu płuc – **P 10**, **P 7** i **P 5**, po czym kilkakrotnie masujemy cały łączący je odcinek meridianu *techniką wycierania* (dosercowo) opuszką kciuka. Na grzbietowej stronie ręki uciskamy również po 10 razy punkty meridianu jelita grubego: **JG 4**, **JG 6**, **JG 11**, **JG 14** i **JG 15**, a następnie przesuwamy wzdłuż meridianu nasadą dłoni.

Na zakończenie bardzo delikatnie, końcami palców oklepujemy szyję, barki oraz obszar łopatek. Z czasem, w miarę ustępowania bólu, oklepywanie takie możemy zmienić na oklepywanie brzegiem dłoni, a w końcu na *przetaczanie*. Po zakończeniu każdego zabiegu masowane obszary ponownie nagrzewamy



strumieniem ciepłego powietrza z suszarki. Po zabiegu pacjent, dobrze przykryty, powinien odpoczywać przez co najmniej pół godziny.

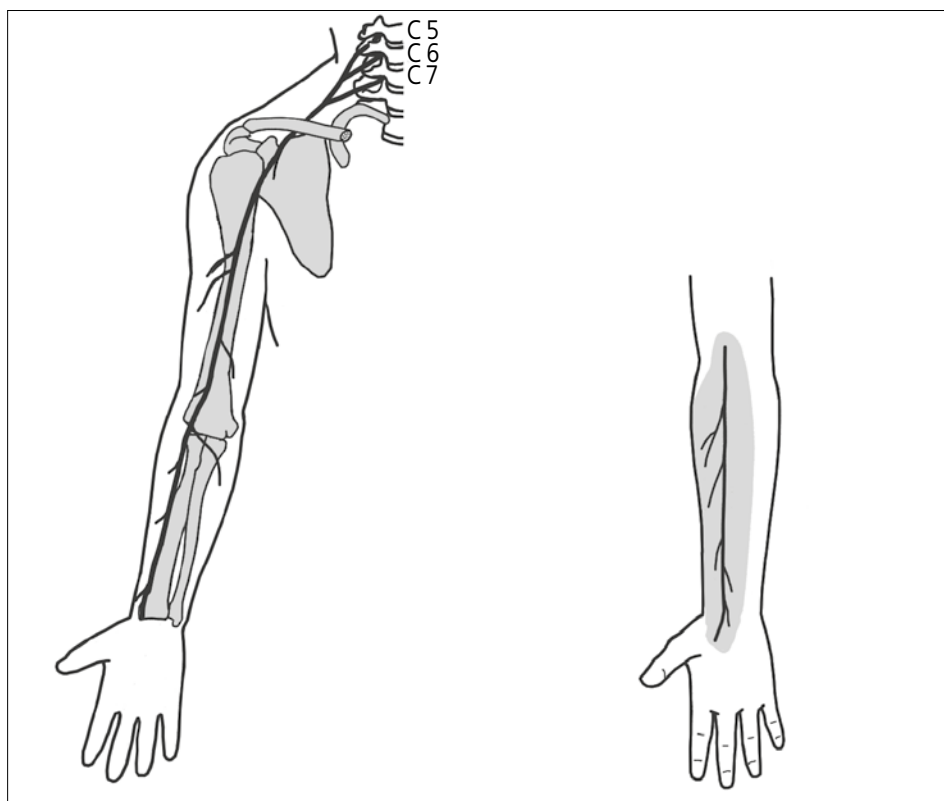
Coraz częściej występującym schorzeniem jest **RWA BARKOWA (RAMIENNA)**. Podobnie jak rwa kulszowa, zaliczana jest ona do korzeniowych zespołów bólowych. Występuje przeważnie w wieku starszym, co jednak nie jest regułą, jako że w ostatnich czasach coraz częściej pojawiają się cierpiący na nią młodzi pacjenci, u których jest ona zazwyczaj efektem wielogodzinnego przesiadywania przy komputerze w niewłaściwej pozycji (zbyt wysoko ustawiony monitor).

Przyczyny rwy barkowej nie są do końca poznane, jednak obecnie uważa się, że zasadniczą rolę odgrywa tu zużycie kręgosłupa. Za najczęstszą przyczynę uważa się zatem zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa w odcinku szyjnym, jednak równie istotne są także urazowe „podwichnięcia” w stawach międzywzrostkowych. Ważne znaczenie odgrywają tu również czynniki zewnętrzne, w tym szczególnie ciężka praca fizyczna prowadząca do zmian w obrębie kręgosłupa szyjnego, a także zmiana struktury kości pod wpływem zaburzeń hormonalnych (tym osteoporoza).

Podobnie jak w przypadku rwy kulszowej, istotną rolę odgrywać może wypadnięcie lub uwypuklenie jądra miazdżystego, co powoduje ucisk zlokalizowanych w dolnym odcinku kręgosłupa korzeni unerwiających mięśnie ramienia i kończyny górnej. Może to z kolei prowadzić do zmian zapalnych, dodatkowo nasilających proces chorobowy.

Charakterystyczny dla niej jest silny ból karku, nasilający się podczas ruchów głowy, kaszlu i kichania oraz promieniujący do kończyny górnej – ramienia, a nawet palców. Zależnie od miejsca uszkodzenia, a zatem ucisku na określony nerw, ból promieniuje do bocznej, tylnej lub przyśrodkowej powierzchni ramienia.

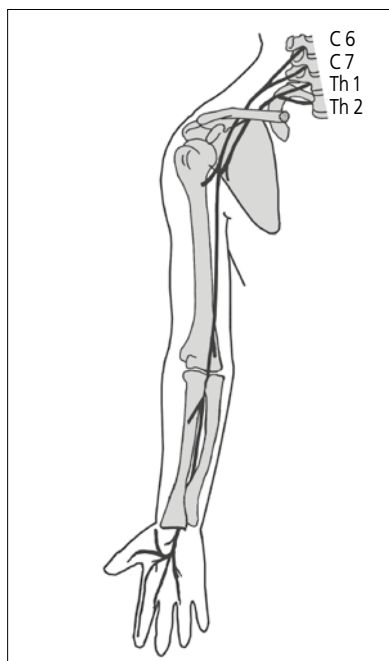
Towarzyszące uciskowi dolegliwości bólowe powodują, że mięśnie są napięte i przykurczone (zwłaszcza mięśnie karku), niekiedy ból może obejmować także plecy (najczęściej okolice łopatki) i przednią powierzchnię klatki piersiowej. Najczęściej pojawia się on rano po przebudzeniu, czasem towarzyszą mu ograniczenia ruchowe lub niedowłady (zmniejszona zdolność poruszania) mięśni. Niekiedy pojawiają się również tzw. parestezje, czyli zaburzenia czucia w postaci drętwienia, mrowienia lub pieczenia. Także i w tym przypadku ich lokalizacja zależna jest od uciśniętego nerwu. W przypadku **nerwu mięśniowo-skórnego** objawy te pojawiają się na przedramieniu.



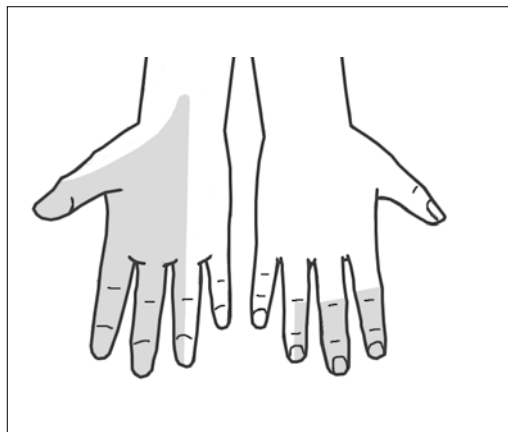
Przebieg nerwu

Obszar parestezji

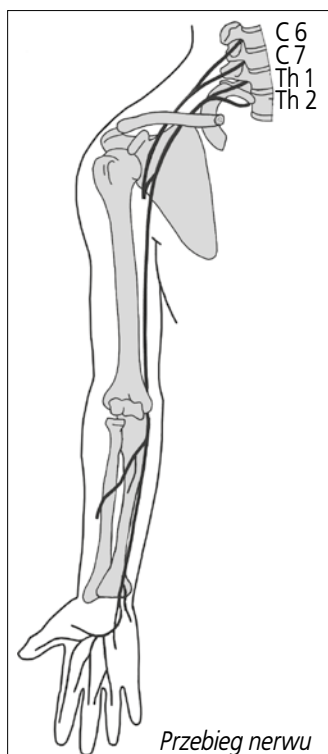
Ucisk na rozpoczynający się nieco niżej **nerw pośrodkowy** wywołuje objawy na palcach I–III, a częściowo na IV.



Przebieg nerwu

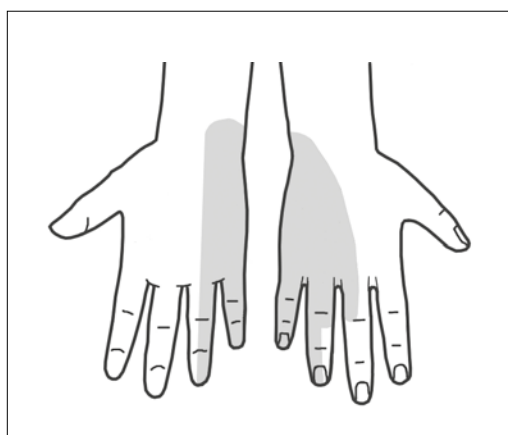


Obszar parestezji

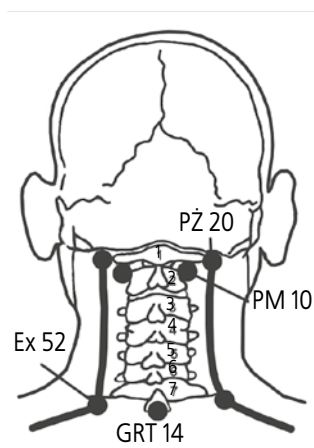


Przebieg nerwu

W przypadku ostatniego, rozpoczynającego się jeszcze niżej **nerwu łokciowego** objawy koncentrują się na palcach IV i V.



Obszar parestezji



Rwa barkowa nie jest schorzeniem łatwym do opanowania i nie obejdzie się tu bez wizyty u lekarza. Zanim tam jednak trafimy, musimy ograniczyć wykonywanie ciężkich prac fizycznych, a także unikać jazdy samochodem oraz gwałtownych ruchów głową.

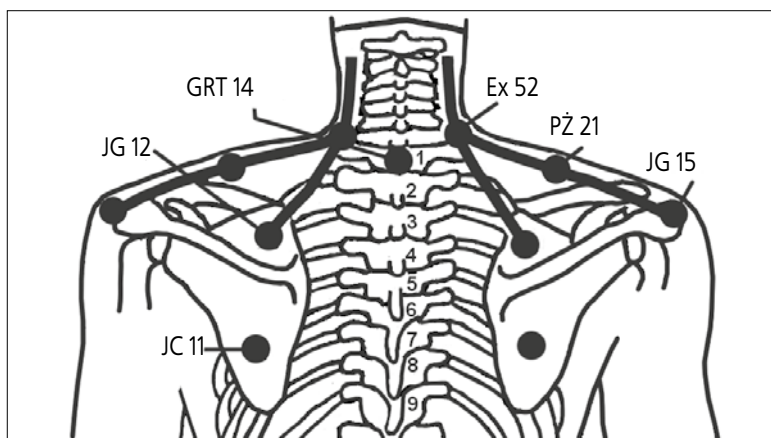
W łagodniejszych przypadkach lekarz stosuje zwykle leczenie salicylanami, czyli „krewniakami” aspiryny, stosując dodatkowo także leki przeciwbólowe i obniżające napięcie mięśni.

Poza leczeniem farmakologicznym stosuje się również z dobrym efektem takie zabiegi fizykoterapeutyczne, jak diatermię, leczenie prądami dynamicznymi i terapię ultradźwiękową, masaż specjalistyczne oraz ćwiczenia lecznicze. Dobre wyniki uzyskuje się również przy pomocy miękkich technik nowoczesnej terapii manualnej. W przypadkach wymagających unieruchomienia stosuje się kołnierz ortopedyczny. Kiedy metody zachowawcze nie dają jednak wystarczających rezultatów, stosuje się leczenie operacyjne, polegające obecnie zazwyczaj na usunięciu uciskającej na nerw, „wypadniętej” części jądra miażdżystego.

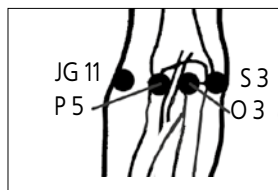
W przypadkach rwy barkowej, podobnie jak w rwie kulszowej masaż chiński może odegrać istotną rolę pomocniczą w terapii.

Rozpoczynamy od uciskania opuszką kciuka punktów **PM 10** oraz **PŻ 20**.

Następnie, schodząc w dół od tego ostatniego, ugniatamy palcami mięśnie wzdłuż meridianu PŻ poprzez punkt **Ex 52**, leżący 2,5 cun w bok od **GRT 14** do **PŻ 21** (leżącego w połowie odcinka łączącego wyrostek barkowy łopatki z **GRT 14** – łatwo go odnaleźć, jako że jest bolesny) i dalej do **JG 15**. Teraz uciskamy opuszką kciuka punkt **GRT 14**, a następnie **JC 11**.



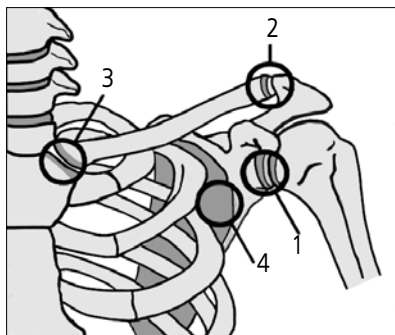
W dalszej kolejności, teraz tylko po stronie promieniującego bólu, rytmicznie uciskamy końcówką palczki do masażu albo końcem palca tzw. punkty zgięcia łokciowego – JG 11, O 3, P 5 i S3.



Na zakończenie rytmicznie uciskamy końcem kciuka punkt JG 4.

Staw barkowy nie jest stawem pojedynczym, a jednostką czynnościową, składającą się z 4 elementów:

1. stawu ramiennego;
2. stawu barkowo-obojczykowego;
3. stawu mostkowo-obojczykowego;
4. połączenia żebrowo-łopatkowego.



Wymienione stawy wraz z mięśniami, więzadłami i kaletkami umożliwiają największy zakres ruchów spośród wszystkich stawów ciała. Osią tego ruchu jest punkt znajdujący się około 2,5 cm poniżej wyrostka barkowego w osi ramienia.

Coraz popularniejszy, niestety, „**ZAMROŻONY BARK**” to schorzenie dotyczące tak naprawdę przede wszystkim stawu ramiennego. Mamy w nim do czynienia z narastającymi dolegliwościami bólowymi oraz postępującym zeszytywnieniem tego stawu, co z kolei prowadzić może nawet do zupełnego zniesienia jego funkcji. Do powstania tej dolegliwości przyczynia się niekiedy zmieniająca się wraz z wiekiem nieprawidłowa postawa ciała i siedzący tryb życia, co powoduje osłabienie mięśni, a szczególnie obręczy barkowej. Oczywiście określenie „zamrożony bark” nie ma nic wspólnego z niską temperaturą, a jedynie ma obrazowo określić brak ruchomości w chorym stawie. Poza torebką stawową schorzenie to obejmuje zazwyczaj również ścięgna, mięśnie, więzadła i kaletki maziowe okolicy barku, często zaś również naczynia krwionośne i nerwy. Może wystąpić u każdego, do tej pory najczęściej jednak było spotykane u kobiet w wieku 40–60 lat oraz mło-

dych ludzi uprawiających wyczynowo sport. Ostatnio jednak coraz częściej jest to choroba – ok. 50-letnich mężczyzn, spędzających wiele czasu przy komputerze, a nieuprawiających żadnego sportu rekreacyjnego.

Choroba ta przebiega zazwyczaj w trzech stadiach:

Pierwszym z nich jest **zapalenie kaletki maziowej**, przy którym ból pojawia się po przeciążeniu określonymi ruchami – głównie podnoszenia i rotacji do wewnątrz; drugim jest **zapalenie torebki stawowej i ścięgien**, podczas którego ból występuje podczas pracy mięśni; trzecim wreszcie **uszkodzenie określonych mięśni** (szczególnie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia), podczas którego ból jest ciągły, chociaż pojawia się przede wszystkim w nocy. Nie pozwala on pacjentowi spać na chorym barku, a także wykonywać tym barkiem ruchów.

W zależności od przyczyny najczęściej spotykanymi objawami są:

- a) ograniczenie ruchów biernych i czynnych pochodzenia stawowego na tle zwyrodnieniowym lub urazowym;
- b) ograniczenie ruchów biernych i czynnych pochodzenia mięśniowego (poza-stawowego) w wyniku zapalenia kaletki mięśnia naramiennego;
- c) staw może wykazywać pełny zakres ruchów biernych, ból jednak pojawia się przy jednym z ruchów czynnych, co ma miejsce przy zapaleniu lub uszkodzeniu ścięgna któregoś z mięśni (wymaga to oczywiście specjalistycznej diagnostyki lekarskiej);
- d) podczas badania stwierdza się osłabienie kończyny lub brak możliwości ruchu, co oznacza przerwanie ścięgna któregoś z mięśni lub uszkodzenie nerwu.

Podczas ruchów pojawia się odczucie tarcia lub wręcz słyszalnego trzeszczenia podczas ruchów chorego barku.

W większości przypadków przyczyna rozwoju choroby nie jest znana. Czasami może być nią np. niewielki uraz czy też zapalenie ścięgna, albo kaletki okolicy barku. Jeśli z powodu bólu nie używamy stawu, w ciągu 7–10 dni mogą pojawić się zrosty torebki stawowej, pogłębiające ograniczenie ruchomości. Po kilku tygodniach zrosty te mogą być tak silne, że całkowicie blokują ruchy w stawie.

Leczenie tej choroby jest możliwe pod warunkiem, że dobrze określi się przyczynę, tkanki objęte procesem chorobowym oraz jego zaawansowanie. Podkreślić należy, że najskuteczniejsze jest leczenie zachowawcze (nieoperacyjne), jest jednak bardzo trudne i wymaga dużo cierpliwości.

Wyleczenie „zamrożonego barku” wymaga ścisłej opieki lekarza ortopedy, przy czym może to trwać nawet kilka miesięcy. Schorzenie przebiega w 3 okresach:

- a) postępującego sztywnienia stawu;
- b) „zamrożenia”;
- c) odblokowania stawu.

Leczenie musi być dobrane odpowiednio do okresu choroby, przy czym niekiedy schorzenie ustępuje samoistnie.

W pierwszym etapie podaje się zazwyczaj niesterydowe środki przeciwzapalne, ograniczając jednocześnie jak najbardziej ruchy w chorym stawie.

Konieczne jest zazwyczaj wykonanie zdjęcia rentgenowskiego chorego barku, a obecnie, coraz częściej, badania rezonansem magnetycznym (MRI).

W drugim etapie, najostrzejszym, kiedy proces zapalny jest najbardziej zaawansowany, zaś ból intensywny, aby ograniczyć obciążanie stawu do absolutnego minimum, można go unieruchomić, nie stosując jednak gipsu ani bandażowania, a jedynie używając temblaka.

W okresie tym lekarz może również stosować wstrzyknięcia leku do barku lub jego okolic, aby preparat dotarł jak najszybciej do samego stawu. Wymaga to jednak bardzo wysokich kwalifikacji, jako że, jak wykazały badania, jedynie ok. 30% wykonywanych zabiegów wstrzyknięcia dostawowego, nazywanych popularnie, a niesłusznie blokadami, „trafia” w wymagające tego struktury.

Najczęściej stosowane są środki sterydowe hamujące proces zapalny (np. Diprophos). Działają one bardzo szybko, silnie, a poza tym dosyć długo, nawet do kilku tygodni (tak więc niekiedy podaje się trzy razy zastrzyk co kilka dni, a niekiedy raz na miesiąc). Niestety, ponieważ sterydy mogą spowodować trwałe zniszczenia chrząstki stawowej, unika się ich szczególnie u osób młodszych, u których można zdecydować się na mniej radykalne środki lecznicze, tzn. leki podawane w postaci żelów (lepiej wchłaniają się od maści) lub np. plastrów borowinowych.

W trzecim etapie choroby powraca się do niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz wprowadza (dopiero wtedy, nigdy we wcześniejszych etapach) zabiegi fizjoterapii usprawniającej ograniczoną ruchomość barku. Jeżeli leczenie długo nie przynosi rezultatu, a stan barku nie poprawia się lub choroba ciągle nawraca, ostateczną metodą może być zabieg chirurgiczny. Oczywiście o sposobie leczenia zawsze decyduje lekarz.

Obecnie uważa się, że próby siłowego rozciągania, czyli tzw. manipulacje stawowe, prowadzą w tej chorobie jedynie do jeszcze silniejszych zrostów torebki stawowej. Stosowane niekiedy wykonywanie manipulacji stawu w znieczuleniu grozi nawet złamaniem kości ramieniowej, zwłknięciem barku lub rozerwaniem mięśni.

Możliwe jest także wystąpienie powikłań, którymi są najczęściej:

- a) utrzymujący się ból barku i trwałe upośledzenie jego funkcji, szczególnie gdy zastosowane leczenie było niewłaściwe;
- b) rozdarcie torebki stawowej podczas próby ruchu, spowodowane jej zbliżowaniem i osłabieniem.

Należy brać pod uwagę również czynniki sprzyjające zachorowaniu. Mogą być nimi np.:

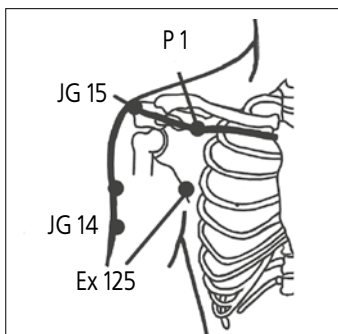
- cukrzyca;
- choroby naczyń obwodowych;
- drobne urazy barku oraz stany zapalne kaletek stawowych i ścięgien okolicy barku, których nie leczono we właściwym czasie;
- unieruchomienie stawu ramiennego z innych przyczyn (np. opatrunek gipsowy);
- słaba kondycja fizyczna, często powiązana z pracą siedzącą.

Zapobieganie temu schorzeniu opiera się na właściwym leczeniu stanów zapalnych kaletek i ścięgien okolicy barku przez specjalistę ortopedę, jak też stosowaniu właściwej rehabilitacji. A także na dbałości o dobrą kondycję poprzez wykonywanie regularnych ćwiczeń fizycznych.

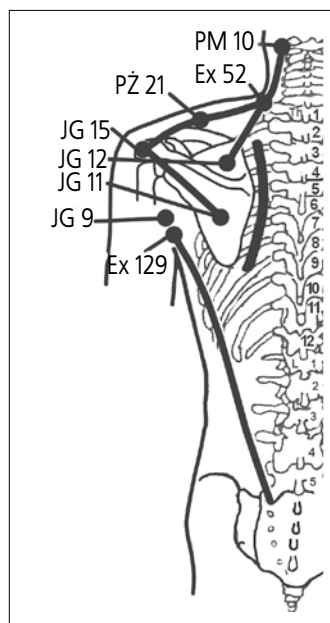
Począwszy od trzeciego etapu (nie wcześniej), możemy stosować również masaż chiński, mający na celu rozluźnienie struktur okołostawowych, a także zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe.

Rozpoczynamy po stronie brzusznej, od kilkakrotnego *wycierania* opuszką kciuka wzdłuż dolnego brzegu obojczyka od mostka przez punkt **P1** do **JG 15**, po czym ok. 10–15 razy wykonujemy rytmiczne uciskanie opuszką kciuka punktu **P1**. Następnie rytmicznie ugniatamy okrężnie opuszką kciuka następujące punkty:

- a) **EX 125** (0,5 cun powyżej przedniego brzegu fałdu pachowego przy opuszczonej ręce);
- b) **JG 14**;
- c) punkt bez numeracji, leżący na mięśniu ramiennym powyżej **JG 14**, dokładnie na wysokości **Ex 125**.

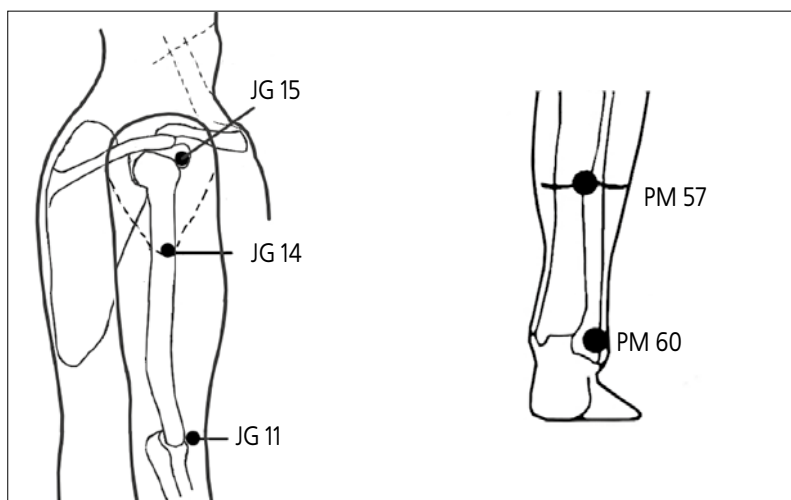


W dalszej kolejności wykonujemy masaż po stronie grzbietowej: *ugniatanie palcami* linii od **PŻ 20**, poprzez **Ex 52** (2,5 cun bocznie od GRT 14), **PŻ 21** (w połowie linii łączącej GRT 14 z wyrostkiem barkowym łopatki) do stawu barkowego, *ugniatanie palcami* linii od **PM 10** do **JC 12** (w dole *nadgrzebieniowym* łopatki), *rytmiczne uciskanie* punktu **JC 9** (1 cun powyżej tylnego fałdu pachowego przy *odwiedzionej* ręce) oraz punktu **Ex 129** – na szczycie tylnego fałdu pachowego przy *opuszczonej* ręce. Następnie wykonujemy *ugniatanie okrężne* opuszką kciuka linii od **JC 11** (w środku dołu *podgrzebieniowego* łopatki do wyrostka barkowego łopatki). Program uzupełniamy uciskaniem opuszką kciuka, miejsce koło miejsca, wzdłuż brzegu wewnętrznego łopatki, a następnie technikami *toczenia* i *wachlarzyka* masujemy linie od nasady krzyża do tylnego fałdu pachowego (**Ex 129**).



Na zakończenie wykonujemy *pocieranie okrężne* dłonią całego mięśnia naramiennego, od **JG 14** w górę, aż do stawu barkowego.

Program uzupełniamy akupresurą punktów **JG 11**, **14** i **15**, oraz **PM 57** i **60**, które uciskamy opuszką kciuka po 10 razy.

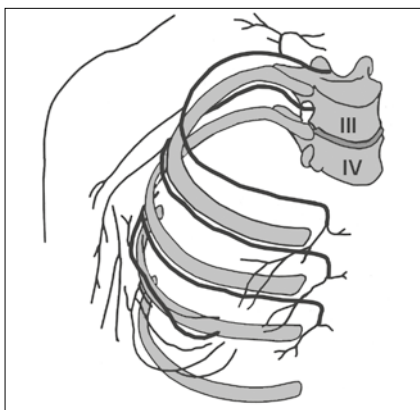


Po intensywnej pracy fizycznej, wysiłku sportowym, niekiedy zaś po raptownym ochłodzeniu przegrzanego ciała (np. po skoku do zimnej wody) mogą pojawić się dokuczliwe bóle przebiegające jednostronnie lub obustronnie od kręgosłupa do mostka, szczególnie w okolicy dolnych żeber.

Niekiedy uniemożliwiają one wręcz oddychanie, pacjent nie może głośno mówić ani też poruszać górną częścią ciała – nawet w stronę bezbolesną. Ponieważ zaś z bliżej nieznanых powodów bóle te częściej dotyczą strony lewej, wielu chorych podejrzewa u siebie choroby serca, z zawałem włącznie.

W większości przypadków obawy te są na szczęście bezpodstawne, ponieważ jednak niekiedy mogą być uzasadnione, konieczne jest udanie się do lekarza, zwłaszcza że i inne choroby, jak np. odwapnienie kości (osteoporoza) czy też pęknięcie, a nawet złamanie żeber, z których pacjenci bardzo często nie zdają sobie sprawy, mogą wywołać podobne objawy. Przyczyną takiego bólu mogą być także czynnościowe zaburzenia ruchu zarówno pomiędzy poszczególnymi kręgami, jak i w stawach żebro-kręgowych (tzw. zablokowania), a wówczas podstawową techniką, od której terapię należy rozpocząć, jest przeprowadzony przez, co do znudzenia powtarzam, **bardzo** doświadczonego fachowca zabieg **terapii manualnej**. Masaż chiński w takim przypadku pełni jedynie funkcję zabiegu pomocniczego, stanowiącego formę kontynuacji leczenia.

Najczęściej jednak mamy tu do czynienia z dość częstym schorzeniem, jakim jest **NEURALGIA MIĘDZYŻEBROWA** (nerwoból międzyżebrowy). Pod pojęciem tym rozumiemy ciągnące, opasujące bóle biegnące po ścianie klatki piersiowej w jednej lub więcej przestrzeni międzyżebrowych, wzdłuż przebiegu nerwów międzyżebrowych.



Nerwy międzyżebrowe (tu Th 3 /4)

Obmacywaniem stwierdzamy zazwyczaj bolesność uciskową punktów przykręgosłupowych, a także w linii pachowej.

Najczęstszą przyczyną neuralgii międzyżebrowej są:

- zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, powodujące ucisk na korzenie nerwów międzyżebrowych;

- wspomniane wcześniej, a opisane przy okazji omawiania rwy kulszowej i barkowej dysfunkcje segmentarne (zablokowania) stawów międzywyrastkowych, powodujące j.w.;
- stany po operacjach klatki piersiowej, powodujących uszkodzenie nerwów międzyżebrowych;
- stany po półpaścu.

Rzadszymi przyczynami tego schorzenia bywają:

- choroby rdzenia kręgowego;
- wrodzone przewężenie aorty;
- nowotwory w obrębie oskrzeli, śródpiersia oraz opłucnej.

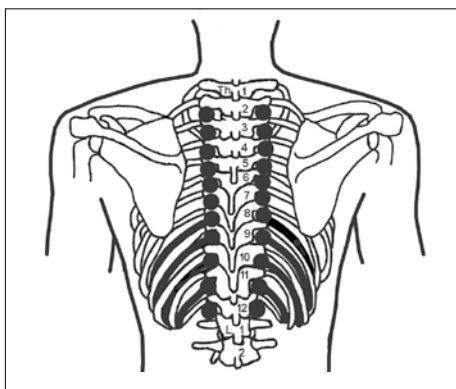
Konwencjonalne leczenie neuralgii międzyżebrowej obejmuje zazwyczaj leki przeciwzapalne i przeciwbólowe, infiltracje miejscowe lekami znieczulającymi oraz blokady przykręgosłupowe, a także terapię manualną oraz w razie potrzeby zabiegi operacyjne niszczące korzenie nerwowe. Dobre wyniki daje również akupunktura.

Wprawdzie typową formą tego schorzenia jest ból jednostronny, jednak przedstawimy tu podstawowy tok postępowania dla dolegliwości obustronnych. W takich przypadkach zasadą jest rozpoczęcie zabiegu od strony bardziej bolesnej.

Pacjenta układamy na boku, na stronie wolnej od bólu, czy też przynajmniej mniej bolesnej. Okolicę objętą przez dolegliwości najpierw rozgrzewamy w znany nam już sposób, suchymi gorącymi chustami lub strumieniem gorącego powietrza z suszarki (na ręcznik, nie bezpośrednio na skórę), a następnie masujemy techniką *pocierania okrężnego* dłońią, aż do lekkiego zaczerwienienia.

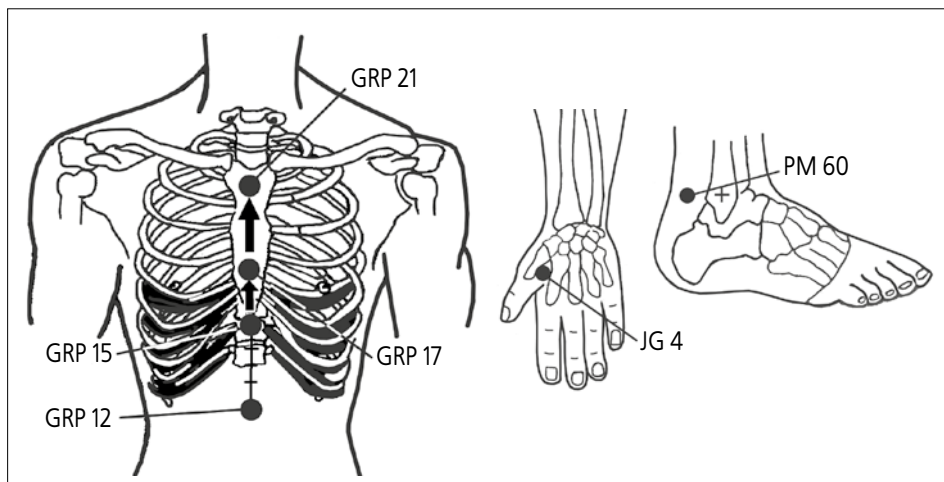
Następnie wykonujemy *uciskanie* opuszką kciuka po kolei punktów leżących pomiędzy wyrostkami poprzecznymi kręgów od Th 2 w dół do Th 12 (w większości są to punkty należące do meridianu PM);

Idąc dalej, *wycieramy* opuszką kciuka przestrzenie międzyżebrowe od Th 8 (wysokość dolnego kąta łopatki) do mostka.



Teraz pacjent kładzie się na plecach (albo przechodzimy na drugą stronę, jeśli leży na boku). Uciskamy rytmicznie punkty **GRP15**, **GRP 17** i **GRP 21** (w środku rękkości mostka).

Sam pacjent w domu wykonuje rytmiczne *uciskanie* opuszką kciuka punktu **JG 4** i **PM 60**.



W przypadku neuralgii międzyżebrowej zabiegi masażu chińskiego powinny być wykonywane codziennie, a nawet, jeśli jest to możliwe, 2 razy dziennie. Wskazana jest też (o czym wspomniałem wcześniej) konsultacja u bardzo doświadczonego terapeuty manualnego, celem skorygowania ewentualnych zablokowań kręgów piersiowych. Musi być to jednak naprawdę fachowiec w swojej dziedzinie, ponieważ osoba niewystarczająco wyszkolona, mało delikatna i niedoświadczona może doprowadzić do znacznego nawet pogorszenia się stanu chorego.

Kolejnym wskazaniem do zastosowania masażu chińskiego są uporczywe **BÓLE GŁOWY** i **MIGRENY**, trapiące dziś dużą część populacji, zwłaszcza w większych miastach. Ze względu na ich częstość i znaczenie społeczne, na całym świecie podejmowane są badania nad tą problematyką. W wielu krajach (także i w Polsce) powstają specjalne poradnie, a nawet oddziały szpitalne i kliniki zajmujące się wyłącznie rozpoznawaniem i leczeniem migren oraz bólów głowy. Niepokojące jest zwłaszcza rozpowszechnianie się tych dolegliwości wśród młodzieży szkół średnich, a nawet podstawowych. Przyczyny ich mogą być bardzo różne. I nie dla „postraszenia” Czytelnika, lecz aby podkreślić, jak wielorakie mogą być przyczyny bólów głowy, jak istotne jest ich prawidłowe rozpoznanie, sumienna diagnostyka lekarska, no i przede wszystkim jakim

ryzykiem zdrowotnym jest ich bezkrytyczne samoleczenie popularnymi środkami przeciwbólowymi „jak dla Goździkowej” czy też właśnie masażem czy akupresurą, przedstawiam tu podstawowy podział bólów głowy, omawiając nieco szerzej ich najważniejsze formy.

Zgodnie z aktualną klasyfikacją z 2004 roku, opracowaną przez Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (International Headache Society), bóle głowy dzielimy na pięć kategorii:

1. bóle głowy pierwotne (samoistne);
2. wtórne (objawowe);
3. neuralgie nerwów czaszkowych;
4. ośrodkowe;
5. samoistne bóle twarzy.

Pierwsza grupa to bóle głowy **pierwotne**, czyli **samoistne**, innymi słowy takie, które są podstawowym objawem chorobowym, natomiast przyczyna ich nie jest znana. Stanowią one zdecydowaną większość, a mianowicie ok. 80% ogólnej ilości przypadków tych dolegliwości. Są nimi:

- migrena;
- ból głowy typu napięciowego (dawniej nazywany naczynioruchowym);
- ból głowy klastrowy i tzw. trójdzielno-autonomiczne bóle głowy;
- inne samoistne bóle głowy.

MIGRENY z kolei dzielą się na pięć podstawowych kategorii, którymi są:

1. migrena bez aury;
2. migrena z aurą;
3. okresowe zespoły dziecięce zwane prekursorami migreny;
4. migrena siatkówkowa;
5. powikłania migreny.

Najczęściej z nich występuje **migrena bez aury**, czyli tzw. migrena zwykła, na którą cierpi ok. 80% chorych. Napady pojawiają się nagle, najczęściej wczesnie rano, zaś jedynymi jej zwiastunami może być niepokój czy też rozdrażnienie.

Według wspomnianej wyżej klasyfikacji, aby prawidłowo rozpoznać to schorzenie, musi wystąpić co najmniej 5 napadów, z których każdy trwa ok. 4 godzin (może trwać i do 7 dni).

Napad takiej migreny powinien posiadać przynajmniej dwie z wymienionych cech:

- a) ból występuje po jednej stronie (co dla migreny jest dość charakterystyczne);
- b) ból ma charakter pulsujący;
- c) intensywność bólu jest co najmniej średnia, często zaś duża; ból nasila się przy wysiłku fizycznym;

d) podczas napadu wystąpić mogą nudności lub/oraz wymioty, a także światłowstręt i znacznie podwyższona wrażliwość na dźwięk.

Powinien być również spełniony co najmniej jeden z wymienionych warunków:

- a) brak jakiejkolwiek innej choroby powodującej podobne bóle głowy;
- b) choroba istnieje, ale wystąpienie migreny nie jest z nią powiązane.

Jeśli napady występują co najmniej 15 dni w miesiącu, mówimy o **migrenie przewlekłej**.

Druga w kolejności **migrena z aurą** to napady bólu głowy (co najmniej dwa) o charakterze migrenowym, jednak poprzedzane objawami neurologicznymi trwającymi od 5 minut do godziny. Mówiąc dokładniej, objawy te mogą wyprzedzać napad bólu, towarzyszyć mu, bądź nawet występować samoistnie. Jeśli w tej sytuacji zostaną wykluczone przyczyny organiczne, można wtedy rozpoznać typową aurę bez bólu głowy.

Objawami aury mogą być zaburzenia wzrokowe (mroczki, błyski, świecące punkty, zniekształcenia obrazu, podwójne widzenie), rzadziej zaburzenia czucia i mowy, jak też zawroty głowy, szumy w uszach, nieznaczne niedowłady, a nawet krótkotrwałe, przemijające porażenie połowicze. To ostatnie może skierować uwagę neurologa w stronę możliwości wystąpienia udaru mózgu! Charakterystyczne jest jednak, że objawy te przemijają zazwyczaj w chwili wystąpienia bólu.

U dzieci występują tzw. **okresowe zespoły dziecięce**, zwane również prekursorami migreny. Mogą one poprzedzać „prawdziwą” migrenę, lub z nią współistnieć. Należą do nich nawracające wymioty, tzw. migrena brzuszna oraz napadowe, łagodne zawroty głowy.

- Nazwą „nawracające wymioty” określamy nasilone nudności i wymioty trwające od 1 do 5 dni bez wyraźnej przyczyny chorobowej, szczególnie związanej z przewodem pokarmowym.
- Migrena brzuszna to dziś zjawisko dość masowe, jako że pojawia się obecnie u co najmniej 12% dzieci w wieku szkolnym. Przez to pojęcie rozumiemy niekiedy dość znacznie nasilony, zlokalizowany w okolicy pępka tępy ból brzucha, połączony czasem z nudnościami i wymiotami oraz brakiem apetytu. Przyczyna ma dość często charakter nerwicowy, a zatem bardzo istotne jest tu różnicowanie ze schorzeniami układu pokarmowego!

Tzw. **migrena siatkówkowa** to ukierunkowane napady, ograniczone do jednego oka pod postacią mroczków, migotań, czy też zaniewidzenia, z towarzyszącym migrenowym bólem głowy lub poprzedzającym taki ból co najmniej o godzinę. Aby ją rozpoznać, specjalista musi najpierw wykluczyć zaburzenia krążenia mózgowego, odklejenie siatkówki czy też inne schorzenia okulistyczne.

Powikłania migreny to cała grupa zaburzeń, spośród których najczęstszymi są:

- migrena przewlekła – ból głowy zbliżony do migreny, jednak trwający przez co najmniej 3 miesiące, co najmniej 15 dni w miesiącu i niezwiązany z nadużywaniem leków;
- długotrwały stan migrenowy – napad migreny z fazą bólu trwającą ponad 72 godziny;
- uporczywa aura, czyli omawiane wcześniej wstępne objawy neurologiczne utrzymujące się ponad tydzień, przy czym tzw. badania neuroobrazowe (angiografia mózgu, MRI) są prawidłowe;
- migrenowy zawał mózgu – objawy neurologiczne utrzymują się ponad tydzień, zaś badania obrazowe wskazują na udar niedokrwienny mózgu. Innymi słowy, jest to migrena towarzysząca udarowi;
- padaczka migrenowa – ponieważ padaczka i migrena mogą ze sobą współistnieć, ból głowy albo występuje w okresie ponapadowym, albo też napad padaczkowy może być wywołany bólem migrenowym.

Drugą grupę stanowią **bóle głowy typu napięciowego**. Jest to najczęściej występujący rodzaj samoistnego bólu głowy, przy czym duża część osób cierpiących na bóle głowy tego typu jest przekonana, że choruje jednak na migrenę.

Według wspomnianej wcześniej klasyfikacji z 2004 roku, obecnie wyróżnia się trzy podtypy napięciowego bólu głowy:

- a) rzadki ból epizodyczny – napady pojawiają się rzadziej niż raz w miesiącu;
- b) częsty ból epizodyczny – od 1 do 14 napadów w miesiącu;
- c) ból przewlekły – co najmniej 15 dni w miesiącu.

Epizody bólowe przypominające bóle głowy typu napięciowego występują sporadycznie w gruncie rzeczy u większości ludzi, przy czym nawracające lub przewlekłe występują u ok. 5–10 % populacji. Trwają one od 30 minut nawet do 7 dni, mają niewielkie bądź umiarkowane nasilenie i, co ważne, nie zmieniają się pod wpływem zwykłej aktywności fizycznej.

Bóle te dotyczą najczęściej osoby w wieku dojrzałym, mogą jednak występować i u dzieci. Kobiety bywają dotknięte tym schorzeniem ok. cztery razy częściej niż mężczyźni.

Są zwykle obustronne, zlokalizowane w tyle głowy, w okolicy karku, ale również w okolicy czoła czy skroni. W czasie trwania może zmieniać się miejsce i strona. Najczęściej odczuwane są jako tępe, niepulsujące, często ściskające, o charakterze „obręczy” czy „ciasnej czapki”, ale też i rozpierające czy też kłujące.

Większość specjalistów uważa, że bóle głowy typu napięciowego mogą mieć wiele przyczyn, w gruncie rzeczy u każdego pacjenta innych i nie do końca ja-

nych. Dlatego też leczenie ich jest trudne i powinno być prowadzone wyłącznie przez lekarza neurologa.

Częste stosowanie leków przeciwbólowych na własną rękę może prowadzić do rozwoju tzw. bólów głowy „z odbicia” (inaczej mówiąc, bólów głowy wywołanych przez leki), a także prowadzić do uszkodzeń błony śluzowej żołądka, a nawet zatruć.

Bóle głowy „z odbicia”

Pacjentom, którzy rzadko cierpią na ból głowy, leki przeciwbólowe kupione bez recepty na ogół przynoszą ulgę szybko i skutecznie. W opinii większości pacjentów są więc bardzo praktyczne. Mało kto zdaje sobie jednak sprawę, iż nadużywanie ich prowadzi do rozwoju tzw. bólów głowy „z odbicia” (inna nazwa to „bóle rykoszetowe”), które należą do jednej z kategorii bólów głowy wywołanych przez leki. Jest to dziś zjawisko dość częste, jako że szacuje się, iż wśród osób z przewlekłymi napięciowymi i migrenowymi bólami głowy około 10% cierpi właśnie z powodu nadużywania leków przeciwbólowych.

Na wystąpienie polekowych bólów głowy narażone są zatem szczególnie te osoby cierpiące na migrenę i bóle głowy typu napięciowego, które nie leczą się u lekarza specjalisty. Wśród nich stosunek kobiet do mężczyzn wynosi według różnych statystyk od 5:1 do 12:1. Początkowo, jak wspomniano wyżej, leki te przynoszą wyraźną ulgę, co skłania do ich częstszego stosowania. Po pewnym czasie występuje jednak paradoksalne zjawisko nasilania się bólów pod wpływem leku. Jest on codzienny lub prawie codzienny i charakterem przypomina ból głowy typu napięciowego. Mimo stosowania „coraz lepszych” leków, ból wciąż powraca. W ten sposób tworzy się mechanizm błędnego koła, do którego z czasem dołączają się: drażliwość, bezsenność, a nawet depresja.

Wystąpieniu tego typu bólów głowy szczególnie sprzyja stosowanie leków przeciwbólowych z grupy tzw. preparatów złożonych, czyli zawierających kilka składników, co jednak nie oznacza, że nie wystąpią one, gdy stosowany preparat jest jednoskładnikowy.

Bóle głowy „z odbicia” mogą zatem wystąpić w wyniku przewlekłego stosowania **każdego** leku przeciwbólowego!!!

Nadużywanie tych leków może też, jak wspomniano, prowadzić do rozwoju chorób żołądka i dwunastnicy, a także wątroby i nerek.

Leczenie tych bólów głowy jest bardzo trudne i zwłaszcza w początkowej fazie powinno przebiegać w warunkach szpitalnych.

A zatem: Kto leczy uporczywe i nawracające bóle głowy na własną rękę, ryzykuje więcej niż zyskuje!!!

Trzecia grupa to **klasterowy ból głowy** oraz **przewlekła napadowa hemikrania**.

Pierwszy z nich, zwany dawniej bólem głowy Hortona, jest znacznie rzadszy niż migrena lub ból głowy typu napięciowego. Dokładna częstość jego występowania nie jest jednak znana, prawdopodobnie z powodu błędów diagnostycznych, jako że często bywa mylony z migreną czy nerwobólami. Napady bólowe występują okresowo. Te tzw. rzuty czy właśnie klastery pojawiają się w różnych odstępach czasu (najczęściej 1–2 razy rocznie), za to trwają różnie długo, nawet do kilku miesięcy. Również długość napadów bólu jest rozmaita. Zauważono przy tym, że częstość napadów nasila się w okresie zimy i lata. Ten naprawdę bardzo silny ból, określany jako świdrujący, kłujący, palący czy żrący, zlokalizowany jest przeważnie po jednej stronie, głównie w okolicy oczodołu. Może on trwać od kilku minut do trzech godzin, przy czym w ciągu doby może wystąpić nawet do 8 napadów, pojawiających się przeważnie w nocy. Niekiedy promieniuje do szczęki, karku lub ramienia, przy jednoczesnym łzawieniu i zaczerwienieniu spojówek, poceniu się twarzy, wycieku i uczuciu zatkania nosa. Zdarza się także opadanie powieki i zwężenie źrenicy po stronie jego występowania. W czasie ataku chorzy zazwyczaj bywają pobudzeni, często nie mogą sobie znaleźć miejsca, np. chodzą w koło.

W odróżnieniu od bólów napięciowych, klasterowe bóle głowy to choroba „męska”, jako że u tej płci występują kilka razy częściej. Mogą wystąpić w każdym wieku (nawet u małych dzieci), najczęściej jednak rozpoczynają się ok. 20–30 roku życia. Ponieważ przyczyna ich nie jest do końca wyjaśniona, leczenie powinno być zawsze prowadzone przez lekarza specjalistę.

Leczenie klasterowego bólu głowy obejmuje zarówno profilaktykę napadów, jak i ich doraźne zwalczanie, przy czym oprócz leków rozkurczających naczynia istotne znaczenie ma 15-minutowa inhalacja czystym tlenem.

Przewlekła napadowa hemikrania, czyli napadowy połowiczny ból głowy ma charakter podobny do bólu klasterowego. Istotna jest tu duża ilość ataków (5–20) oraz brak charakterystycznego w niektórych formach migreny zwężenia źrenicy. To schorzenie dotyczy przede wszystkim kobiet.

Kolejną grupę stanowią **różne bóle głowy niezwiązane ze zmianami strukturalnymi**:

- pierwszym z nich jest **samoistny ból głowy**, przypominający pchnięcie nożem. Jest to ból dotyczący zakresu unerwienia nerwu trójdzielnego (okolica skroniowa, ciemieniowa, nadoczodołowa). Zazwyczaj trwa on zaledwie kilka sekund, jest jednak bardzo męczący z racji częstotliwości – do kilkunastu niespodziewanych napadów w ciągu doby. Musi być różnicowany z trwającą o wiele dłużej neuralgią nerwu trójdzielnego;

- ból głowy spowodowany **zewnętrznym uciskiem** jest zupełnie zrozumiały, jako posiadający oczywistą przyczynę;
- częsty jest również ból wywołany **zimnem** lub np. przejściem z upalnej ulicy do chłodnego, klimatyzowanego wnętrza;
- mniej znany jest ból głowy wywołany przez **kaszel** lub **napinanie mięśni brzucha** przy oddawaniu stolca. Sporadycznie zdarzyć się to może każdemu np. w przypadku zaparcia, jednak jeśli powtarza się często, sprawy tej, wbrew pozorom, nie należy bagatelizować: aby prawidłowo zdiagnozować tego rodzaju ból głowy, należy wykonać odpowiednie badania diagnostyczne (np. MRI), aby wykluczyć powolne krwawienie podpajęczynówkowe czy też zmiany naczyniowe;
- także ból **wysiłkowy**, mający charakter nagły, a wyzwalany przez wysiłek fizyczny, wymaga starannej diagnostyki. Przy wysiłku głowa nie powinna boleć! Ma on przeważnie charakter pulsujący, trwa zaś od 5 minut do 48 godzin;
- rzadziej spotykany jest ból związany z nagłym ochłodzeniem wywołanym przez **jedzenie lodów**, czy też wywołany przez **jedzenie czekolady**. Tu przynajmniej wiadomo, że unikanie przyczyny, aczkolwiek nieprzyjemne, może zapobiec atakowi;
- ostatni w tej grupie jest typowo kobiecy, znany z wielu dowcipów, jednak przynajmniej w części przypadków bynajmniej niesymulowany **ból głowy** o podłożu zarówno hormonalnym, jak i nerwicowym, **związany z aktywnością seksualną**.

Kolejną grupę stanowią bóle, w których przynajmniej przyczyna jest jasna i ułatwia postępowanie diagnostyczne. Są to **bóle głowy związane z urazem głowy**: ostry i przewlekły.

Istotne znaczenie mają **bóle głowy związane z zaburzeniami naczyniowymi**, których leczenie polega na terapii pierwotnych przyczyn. Niejako „dla porządku” wymienię je tutaj, aczkolwiek są one, co oczywiste, domeną wąskiego działania specjalistów. Są nimi: ostre niedokrwienie mózgu (niedokrwienna choroba mózgowo-naczyniowa), krwiak wewnątrzczaszkowy, krwotok podpajęczynówkowy, zaburzenia przepływu tętnicy szyjnej lub kręgowej, zakrzep żylny, nadciśnienie tętnicze oraz inne zaburzenia naczyniowe.

Bóle głowy mogą być związane z **chorobami mózgu innymi niż naczyniowe**. Zaliczają się do nich m.in.: nadciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, podciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, infekcje wewnątrzczaszkowe, niezakaźne choroby zapalne, nowotwory śródczaszkowe oraz oczywiście inne choroby śródczaszkowe. Przejściowe bóle o różnych okresach trwania mogą być związane również ze wstrzyknięciami dokanałowymi oraz punkcjami.

Kolejna istotna grupa, której jednak nie będziemy szerzej omawiać, jako że przyczyna ich – jeśli rozpoznana – jest zupełnie jasna, obejmuje bóle głowy związane z działaniem substancji chemicznych (w tym leków oraz narkotyków) lub ich odstawieniem.

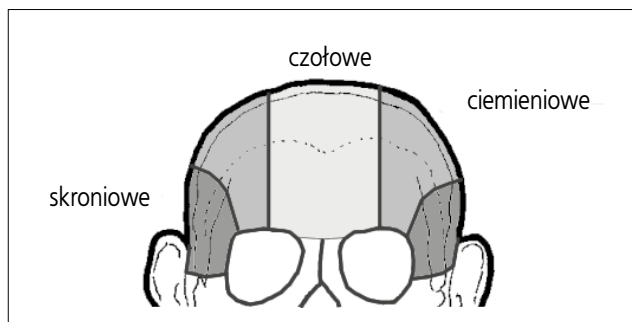
Ostatnią grupę stanowią wreszcie bóle głowy związane z wirusowymi i bakteryjnymi infekcjami pozaczaszkowymi oraz chorobami narządów wewnętrznych: układu oddechowego, dróg żółciowych, nerek itd. Ustępują one wraz z wyleczeniem podstawowej choroby.

Jak widać, przyczyn bólów głowy jest naprawdę wiele. W praktyce jednak najczęściej mamy do czynienia z bólami napięciowymi, niekiedy tylko z migreną, szczególnie bez aury. Możemy w takich przypadkach, tzn. jeśli wykluczone zostały poważniejsze przyczyny, wspomóc działanie lekarza masażem chińskim.

Stosujemy wówczas przedstawione poniżej techniki, działające z jednej strony przeciwbólowo, z drugiej zaś normalizujące ukrwienie mózgu oraz rozkład ciśnienia krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wewnątrz czaszki. Ta niewątpliwie skuteczna terapia objawowa zapobiec może przede wszystkim wpadnięciu pacjenta w omówiony wcześniej, niezwykle dziś rozpowszechniony nałóg brania środków przeciwbólowych, mogący pociągnąć za sobą powstanie nowej ich odmiany – bólów „z odbicia”.

Z punktu widzenia medycyny chińskiej, bóle głowy dzielimy pod kątem widzenia ich lokalizacji.

Wyróżniamy wówczas bóle czołowo-szczytowe, leżące na obszarze meridianu pęcherza moczowego, bóle ciemieniowe będące domeną meridianu pęcherzyka żółciowego w jego części bardziej przyśrodkowej oraz bóle skroniowe, leżące również na tym obszarze, jednak w części leżącej bliżej uszu.



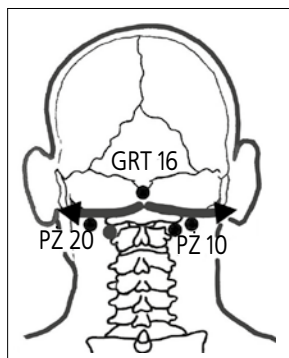
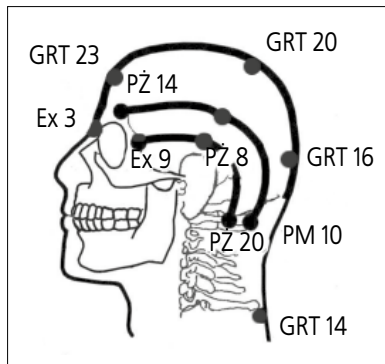
Podział bólów głowy z punktu widzenia ich lokalizacji

UWAGA: jeśli zamierzamy masować głowę, zarówno ze względów higienicznych, jak i dla dobra fryzury pacjentki (pacjenta) owijamy ją chustą z naturalnego materiału, którą zawiązujemy tak, aby nie przesuwiała się przy ruchach ręki.

A oto program zabiegu.

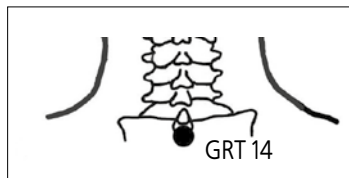
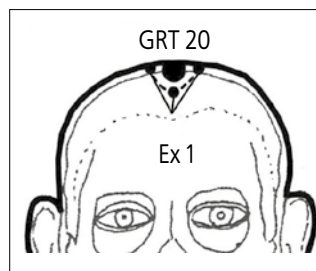
Najpierw wykonujemy pocieranie okrężne nasadą dłoni trzech linii, właśnie w zależności od lokalizacji bólu:

- przy bólach czołowych od **Ex 3** środkiem sklepienia czaszki poprzez **GRT 23** (4 cun powyżej **Ex 3**), **GRT 20**, **GRT 16**, do brzegu potylicy;
- w bólach ciemieniowych od **PŻ 14** na wysokości połowy odległości pomiędzy szczytem czaszki a wierzchołkiem ucha, przez nienumerowany punkt leżący w połowie linii łączącej **GRT 20** z wierzchołkiem ucha do **PM 10**;
- przy bólach skroniowych od **Ex 9** bokiem czaszki przez **PŻ 8** (1,5 cun nad wierzchołkiem ucha) do **PŻ 20**.

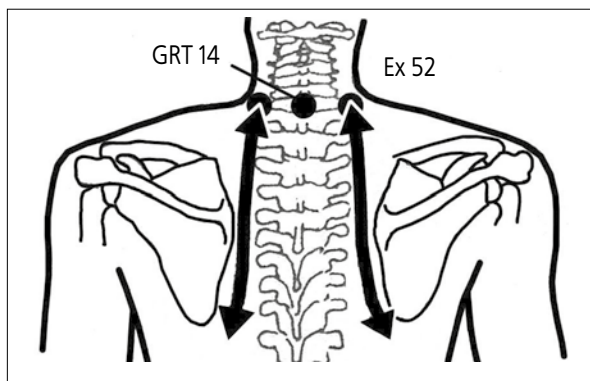


W przypadku, gdy bóle mają charakter potyliczny, *uciskamy* rytmiczne opuszką kciuka punkty **PM 10**, **PŻ 20** i **GRT 16** oraz *wycieramy* opuszką kciuka linię wzdłuż podstawy czaszki, od środka do **PO 17**.

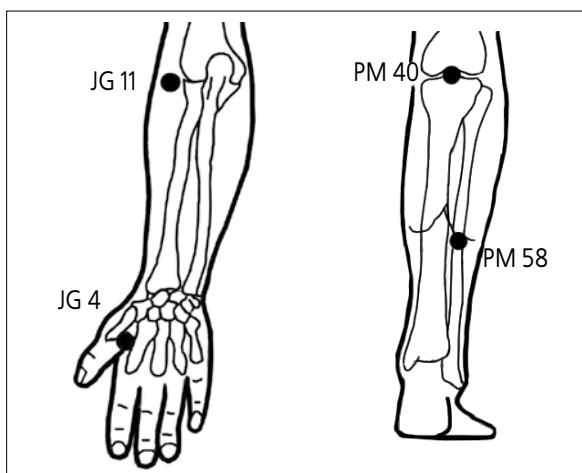
Kolejną techniką, tym razem we wszystkich rodzajach bólu, jest *uciskanie* rytmiczne dłonią punktu **GRT 20** wraz z otaczającymi go 4 punktami **Ex 1**, oraz *szczypanie* lub *chwytywanie 3 palcami* punktu **GRT 14**.



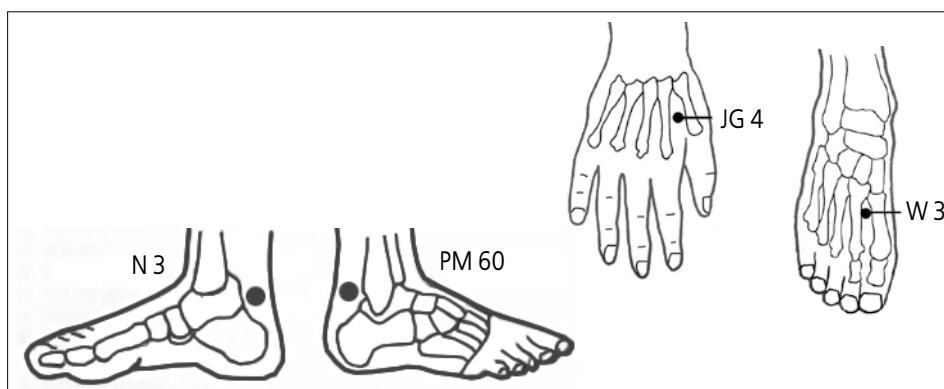
Idąc dalej, wykonujemy *piłowanie wzdłużne* w dół od punktu **Ex 52** (2,5 cun bocznie od **GRT 14**) do wysokości dolnego kąta łopatki i z powrotem.



Zakończeniem zabiegu jest akupresura: *rytmiczne uciskanie* opuszką kciuka punktów JG 4 i JG 11, PM 40 i PM 58



oraz jednoczesne uciskanie *chwytym szczykowym* punktów N 3 i PM 60.

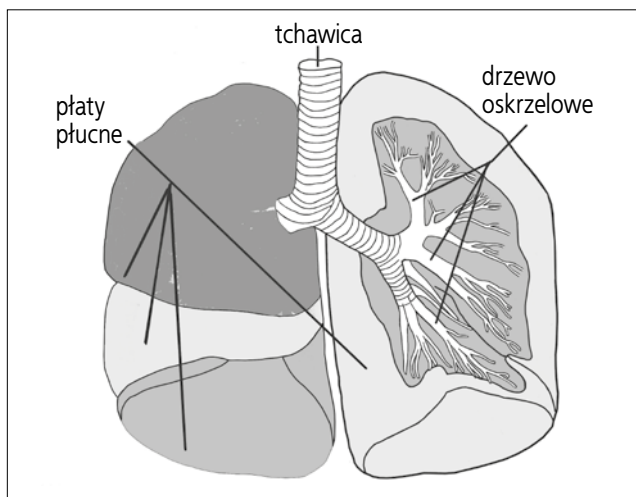


Wszystkie uciski wykonujemy zazwyczaj po 20 razy w rytmie sekundowym (tzn. 1 sek. ucisk i 1 sek. pauza).

układ oddechowy

infekcje dolnych dróg oddechowych

Kiedy wykonujemy wdech, powietrze przechodzi przez (omówione przy okazji zapalenia zatok) górne drogi oddechowe, a następnie dostaje się do dolnych dróg oddechowych, do których zalicza się tchawicę, oskrzela i oskrzeliki tworzące tzw. **drzewo oskrzelowe** oraz płuca, będące właściwym organem wymiany gazowej.



Najczęstszymi schorzeniami dolnych dróg oddechowych są infekcje: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc oraz zapalenie otulającej je z zewnątrz błony – opłucnej.

ZAPALENIE OSKRZELI jest stanem zapalnym o charakterze lokalnym. Atak zapalenia oskrzeli jest przeważnie powikłaniem przeziębienia, grypy lub innej infekcji zapalnej.

Wygląda to zazwyczaj tak, że na pierwotne objawy infekcji wirusowej nosa i gardła (ból gardła, katar, ból stawów, mięśni, stan podgorączkowy) – nakłada się kaszel, wyższa gorączka i ogólne osłabienie. Niekiedy dołączają do tego:

dusznosc, świszczący oddech, a także ból w klatce piersiowej. Kaszel z początku jest suchy, z upływem czasu jednak „mięknie” i dochodzi do wykrztuszania wydzieliny, która nabiera charakteru śluzowo-ropnego.

Istnieją dwie postaci zapalenia oskrzeli: **ostre**, o nagłym początku i krótszym przebiegu, oraz **przewlekłe**, o wydłużonym czasie trwania oraz nawrotach ostrego stanu zapalnego i jego objawów. Trzeba przy tym zaznaczyć, że jeśli przyczyną zapalenia jest alergia, a także jeśli jest ono efektem nałogu palenia tytoniu (niezależnie od formy) – może to być schorzenie trwające dożywotnio, przekształcające się z czasem w pierwszym przypadku w astmę oskrzelową, w drugim zaś w przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP). Postępowanie w tych chorobach omówione jest osobno.

Zapalenia o charakterze infekcyjnym mają zwykle ostry przebieg i wywoływane są głównie przez zakażenie wirusami (głównie przeziębienia lub grypy) lub bakteriami. U dzieci przyczyną mogą być również infekcyjne choroby zapalne: odra, ospa wietrzna, różyczka, itp.

Następstwem wirusowego zapalenia śluzówki nosa i gardła jest obrzęk błony śluzowej i obfite wydalenie wydzieliny śluzowej. Z powodu zwężenia oskrzeli w następstwie obrzęku śluzówki i pojawienia się nadmiernej ilości śluzu może się także pojawiać duszność. Głównym objawem zapalenia oskrzeli jest jednak kaszel – początkowo suchy, uporczywy, męczący, potem wilgotny, z wydzieliną śluzową lub ropną. Taki kaszel, z odkrztuszaniem wydzieliny śluzowo-ropnej w połączeniu z gorączką i trudnościami oddechowymi, może świadczyć o wtórnej infekcji bakteryjnej, jako że bakterie rzadko wywołują zakażenie pierwotne oskrzeli – zazwyczaj pojawiają się po wstępnej fazie infekcji wirusowej jako tzw. **nadkażenie** i mogą stać się wówczas przyczyną niebezpiecznych dla zdrowia powikłań. Pierwszym objawem nadkażenia bakteryjnego jest obecność żółtej lub zielonkawej plwociny. Wiąże się ono zazwyczaj ze zmniejszoną odpornością na wirusy.

Nieinfekcyjnymi przyczynami przewlekłego zapalenia oskrzeli są coraz częściej zapalenia błony śluzowej wywołane lotnymi toksynami, takimi jak: spaliny samochodowe (smog), toksyczne pyły, dymy i gazy przemysłowe, ozon itp. Alergeny i lotne toksyny drażnią i niszczą błonę śluzową nosa, gardła i oskrzeli, czym powodują przewlekły stan zapalny. Tego typu zapalenie oskrzeli znane jest również pod mianem bronchitu przewlekłego.

Zapalenie oskrzeli może przebiegać z gorączką, aczkolwiek nie zawsze. Gdy przyczyną zapalenia są tylko wirusy lub alergeny, lotne toksyny – zapalenie może przebiegać bez podwyższonej temperatury. Połączenie dwóch lub więcej przyczyn (także np. infekcyjnej i nieinfekcyjnej) może spowodować przejście schorzenia przewlekłego w ostre.

O ile mamy do czynienia z wirusowym zapaleniem oskrzeli bez powikłań bakteryjnych, choroba może przebiegać bez podwyższonej temperatury lub mamy do czynienia jedynie ze stanem podgorączkowym. Choroba ma wówczas przeważnie przebieg łagodny – wystarczy poleżeć kilka dni w łóżku. Problemem może być jedynie suchy kaszel związany z nadmierną wrażliwością oskrzeli. Może on utrzymywać się nawet przez kilka tygodni. Leczenie polega na stosowaniu środków wykrztuśnych, rozrzedzających wydzielinę oraz bakteriostatycznych. Można leczyć się wówczas samemu, lekami dostępnymi bez recepty.

W przypadku nadkażenia bakteryjnego, którego znakiem jest wysoka gorączka i wspomniana wcześniej płwocina, konieczna jest wizyta u lekarza, jako że nie obejdzie się bez zastosowania antybiotyku.

Chory na zapalenie oskrzeli nie powinien palić papierosów – ani czynnie, ani biernie, ponieważ substancje znajdujące się w dymie tytoniowym działają toksycznie na błonę śluzową górnych i dolnych dróg oddechowych.

Warto wiedzieć również, że zapalenie oskrzeli u dorosłych jest wprawdzie chorobą słabo zaraźliwą, niemniej jednak zakaźną, wywołaną przez drobnoustroje krążące stale wokół nas, powodujące zakażenie, gdy odporność organizmu jest osłabiona lub błona śluzowa nie stanowi dla nich dostatecznej bariery ochronnej, bo jest uszkodzona, np. przez wirusy „przeziębieniowe”.

ZAPALENIE PŁUC jest, mówiąc dokładniej, stanem zapalnym mięszu płucnego. Występuje zwykle w postaci ostrej i dzieli się na zapalenie płuc **odoskrzelowe** i **krupowe**. Można także zastosować podział w zależności od czynnika je powodującego, a zatem przede wszystkim na bakteryjne i wirusowe. Istnieją również zapalenia płuc pochodzenia grzybiczego, pierwotniakowego, chemicznego i inne.

Zapalenie płuc odoskrzelowe rozpoczyna się zazwyczaj powoli i przeważnie poprzedzone jest zapaleniem oskrzeli. Często pojawia się u osób wyniszczonych, osłabionych, po operacjach (zapalenie szpitalne) itd. Inną przyczyną może być wdychanie kurzu i substancji toksycznych, w tym przede wszystkim dymu papierosowego (co stanowi istotne zagrożenie także i dla palaczy biernych). Odoskrzelowe zapalenie płuc może rozwinąć się również na tle długotrwałego przekrwienia płuc wskutek znacznego osłabienia układu krążenia, a także u chorych nieprzytomnych, gdzie przyczyną jest przeważnie dostanie się do dróg oddechowych ciał obcych (jest to tzw. *aspiracyjne* zapalenie płuc).

Pod względem klinicznym zapalenia płuc dzielimy na:

1. domowe (pozaszpitalne, środowiskowe);
2. szpitalne.

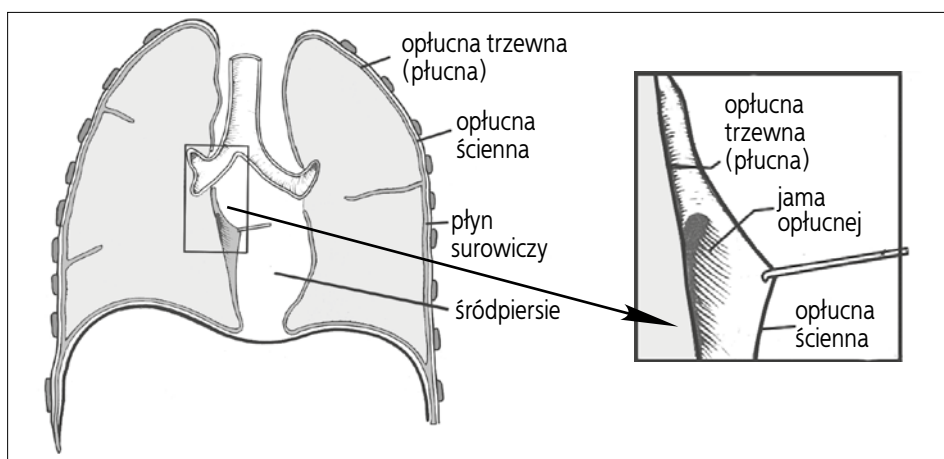
Typowymi objawami zapalenia płuc są: kaszel, duszność, wykrztuszanie ropnej płwociny, gorączka, dreszcze, bóle w klatce piersiowej. Osłuchiwaniami w prawie każdym przypadku zapalenia płuc stwierdza się trzeszczenia, szmer oskrzelowy. Najważniejszym badaniem dodatkowym jest badanie radiologiczne klatki piersiowej, które albo potwierdza sugestie lekarza, albo – w przypadku drobnych ognisk zapalnych – może wręcz być podstawą rozpoznania.

W leczeniu zapalenia płuc duże znaczenie ma właściwa pielęgnacja chorego, bowiem odoskrzelowe zapalenie płuc występuje przeważnie przy ciężkich chorobach zmuszających chorego do ciągłego przebywania w łóżku. Aby temu zapobiec, należy często zmieniać pozycję chorego, nacierać klatkę piersiową spirytusem (np. kamforowym lub salicylowym), dbać o wentylację płuc, zapewnić dostęp świeżego powietrza, starannie pielęgnować jamę ustną. Z leków stosuje się antybiotyki i sulfonamidy, a w wymagających tego przypadkach leki przeciwwirusowe; ponadto w razie potrzeby środki nasercowe, wykrztuśne, a w ciężkich przypadkach – tlen. Dieta chorego powinna być lekkostrawna, jednak pełnowartościowa, z uwzględnieniem dużej ilości soków owocowych i warzywnych.

Krupowe zapalenie płuc pojawia się z reguły nagle, przy pełnym zdrowiu. Pierwszymi objawami są dreszcze i wysoka gorączka. Utrzymuje się ona przeważnie na stałej wysokości, choroba kończy się przełomem zwykle w 7 dniu. Przyczyną jest z reguły zakażenie bakteryjne. Objawami są ponadto: kłucie w klatce piersiowej oraz suchy, urywany kaszel. W ciężkich stanach mogą wystąpić również majaczenia, stany podniecenia lub przygnębienia. UWAGA: u alkoholików choroba przebiega szczególnie ciężko. Płwocina chorego ma kolor rdzawy, na wargach i w kącikach ust często pojawia się opryszczka. Krupowe zapalenie płuc często daje powikłania, którymi są: wysiękowe zapalenie opłucnej, zapalenie osierdzia, ostre zapalenie kłębków nerkowych oraz zapalenie opon mózgowych.

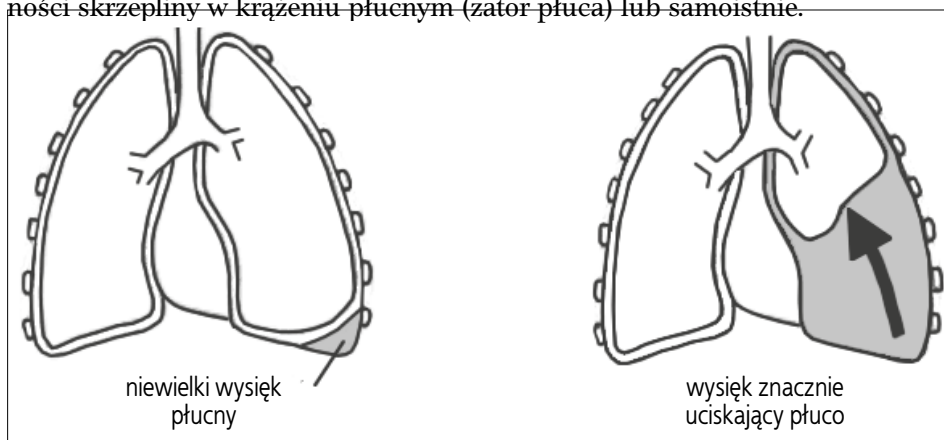
Leczenie jest analogiczne jak w odoskrzelowym zapaleniu płuc. Silne bóle można uspokoić przez podawanie środków uspokajających i przeciwbólowych. Duże znaczenie ma podawanie soli kuchennej w dawce 10–30 g na dobę, gdyż w krupowym zapaleniu płuc ulega obniżeniu szczególnie poziom chlorków we krwi. Rokowanie na ogół jest pomyślne.

ZAPALENIE OPŁUCNEJ. W tej błonie otaczającej płuca rozróżniamy dwie podstawowe warstwy, zwane blaszkami: leżącą głębiej, przylegającą luźno do powierzchni płuc opłucną trzewną, czyli płucną, oraz leżącą bardziej na zewnątrz opłucną ścienną. Pomiędzy nimi, w tzw. jamie opłucnej znajduje się niewielka ilość płynu surowiczego.



Kiedy mamy do czynienia ze stanem zapalnym, ilość ta znacząco się zwiększa, tworząc niekiedy tzw. wysięk opłucnowy, przez co możliwość rozprężania się płuc, a z nią po prostu możliwość oddychania jest bardzo ograniczona. Ponieważ opłucna płucna (wewnętrzna) nie jest unerwiona (natomiast ścienna jest bardzo wrażliwa na ból), czasem rozwija się on powoli i w sposób niezauważony. Jedynym objawem może być duszność – płyn zbiera się w takiej ilości, że uciska, a nawet wręcz unieruchamia płuco leżące pod nim.

Zapalenie opłucnej jest zatem zapaleniem błon opłucnej. Najczęściej powstaje ono na skutek zapalenia płuc, ale może wystąpić również np. w przypadku obecności skrzepliny w krążeniu płucnym (zator płuca) lub samoistnie.



Istotnym objawem w zapaleniu opłucnej jest silny, typowo ostry ból w klatce piersiowej, nasilający się przy oddychaniu i kaszlu. Zazwyczaj można dokładnie określić jego umiejscowienie w klatce piersiowej.

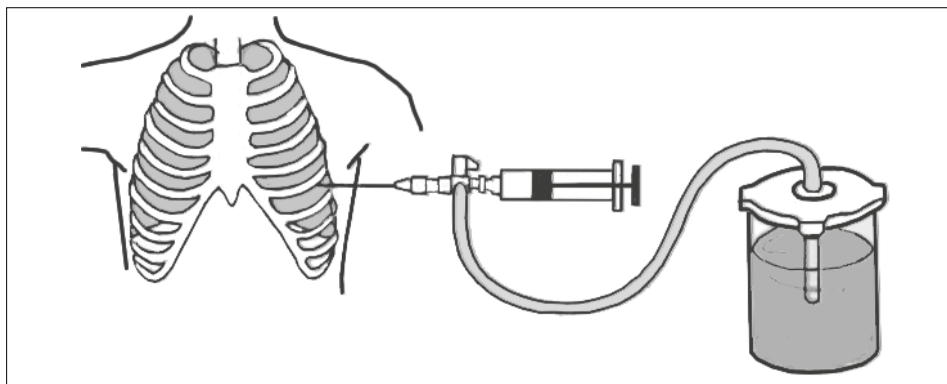
Są trzy rodzaje zapalenia opłucnej: suche, wysiękowe i ropne.

Zapalenie suche charakteryzuje się bólem nasilającym się przy oddychaniu. Inne objawy to kaszel, stany podgorączkowe, słyszalne tarcia opłucnowe. Przebiega często jednocześnie z zapaleniem płuc. Leczenie polega na stosowaniu środków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, miejscowo można stosować bańki lub masaż bańką, a także kataplazmy z gorczycy.

Jeśli, o czym wcześniej była mowa, w jamie opłucnowej powstał wysięk, mówimy o **wysiękowym zapaleniu opłucnej**. Choroba przebiega podobnie: z gorączką, bólami klatki piersiowej, kaszlem, dusznością. Badanie radiologiczne wykazuje jednak duży cień, którego górna granica porusza się podczas oddychania. Ponadto w obrazie radiologicznym stwierdza się przemieszczenie serca i śródpiersia, które przez wysięk zostały zepchnięte w bok. Choroba trwa około 8 tygodni. Leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej polega przede wszystkim na podawaniu antybiotyków, a także środków ogólnie wzmacniających.

Ponieważ wysięk może w znacznym stopniu ucisnąć płuco, niekiedy konieczne staje się usunięcie pewnej ilości płynu (przeważnie ok. 500 ml), by spowodować ulgę w oddychaniu albo celem pobrania próbki do badania laboratoryjnego.

W tym celu w miejscowym znieczuleniu wprowadza się pomiędzy żebra do jamy opłucnowej igłę. Potem odciąga się płyn za pomocą dołączonej do igły strzykawki. Bywa, że w ten sposób uzyskuje się ponad litr płynu. Jeśli płyn znów się zgromadzi, zabieg można powtórzyć.



Czasami płyn opłucnowy ulega zakażeniu i staje się ropny. Mówimy wówczas o **wysięku ropnym** lub ropniaku. Leczy się go silnymi antybiotykami i często stosuje drenaż płynu. Jeśli płyn zbiera się w „kieszeniach”, może być trudny do zdrenowania, wówczas, aby go usunąć, konieczna jest operacja.

Zarówno suche, jak i wysiękowe zapalenie opłucnej może wystąpić jako objaw w szeregu schorzeń, np. w zapaleniu czy raku płuc. Po przebyciu zapalenia opłucnej (głównie wysiękowego) mogą rozwinąć się w płucach zmiany gruczłowe, mogą też pozostać zrosty opłucnowe, upośledzające ruchy płuc.

PRZEWLEKŁA OBTURACYJNA CHOROBA PŁUC (POChP) jest ostatnią omawianą w tym miejscu chorobą dolnych dróg oddechowych.

Nie jest to nowa choroba, a jedynie nowa nazwa, którą objęto dwie choroby znane od dawna: przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc. Przez wiele lat jedynym jej objawem jest uporczywy poranny kaszel. Później dołącza się brak tchu (zadyszka) podczas wchodzenia na schody, biegu lub innego dużego, a w końcu nawet małego wysiłku.

Kaszel jest objawem przewlekłego zapalenia oskrzeli, a duszność oznacza, że rozwinęła się również rozedma.

Ta ostatnia choroba powstaje wskutek zmniejszenia sprężystości tkanki płucnej i nadmiernego rozdęcia pęcherzyków płucnych. Przeważnie jest ona następstwem przewlekłych nieżytów oskrzeli, a także dychawicy oskrzelowej. Niekiedy może powstać również u osób narażonych na nadmierne wysiłki oddechowe, jak np. u muzyków grających na instrumentach dętych, wydmuchiowaczy w hutach szkła itp.

Możemy wyróżnić również tzw. rozedmę zastępczą – powstającą wtedy, gdy część płuca staje się pozbawiona powietrza, np. na skutek zmian włóknistych w gruźlicy płuc, a część zdrowa przejmuje zwiększone zadania oddechowe i wyrównawczo ulega rozdęciu. Początkowo objawy rozedmy płuc są nieznaczne – lekka duszność wysiłkowa, czasem niewielka sinica. Z czasem jednak objawy ulegają nasileniu: chorych męczy kaszel, nasila się duszność, wzmagają się sinice. W przypadkach długotrwałych dochodzi do niewydolności prawej komory serca, co objawia się maksymalną dusznością i sinicą, powiększeniem wątroby, obrzękami.

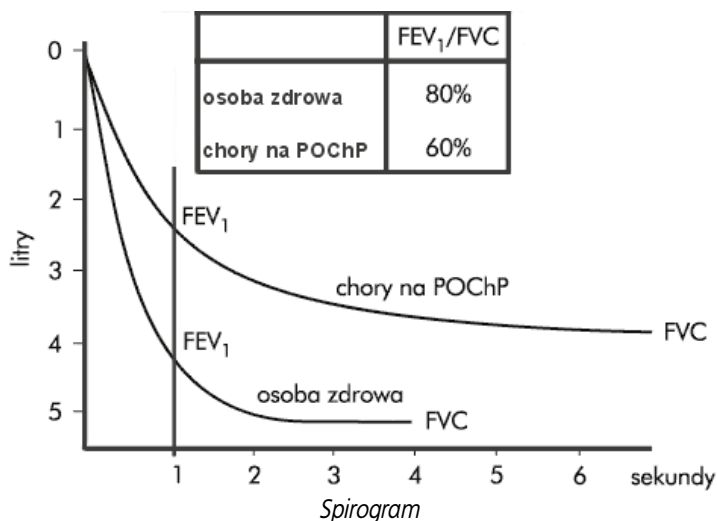
Leczenie rozedmy płuc polega na zwalczaniu cierpienia podstawowego – nieżytu oskrzeli, dychawicy oskrzelowej, na zapobieganiu nieżytom oskrzeli itp. Pewne znaczenie mogą mieć ćwiczenia oddechowe oraz gimnastyka ogólna.

Obie choroby połączono jedną nazwą, ponieważ często występują razem i w większości przypadków powodem obydwu jest palenie tytoniu. Dym tytoniowy wywołuje bowiem zapalenie oskrzeli oraz niszczy bardzo delikatne części płuca (pęcherzyki płucne), czyli powoduje rozedmę.

Choroba przez wiele lat jest przeważnie marginalizowana, ponieważ jej jedyny objaw, jakim jest kaszel, jest przez palacza papierosów lekceważony. Natomiast drugi objaw, jakim jest narastająca duszność podczas wysiłku, skłania wprawdzie chorego do szukania pomocy lekarskiej, jest jednak już objawem późnym. Pojawienie się duszności oznacza bowiem, że ponad 50% płuc zostało już nieodwracalnie uszkodzone. Nie wolno czekać, aż pojawi się ten groźny objaw.

Chorobę tę można jednak rozpoznać już w jej wczesnym okresie, w którym jedynym objawem jest kaszel, wykonując w tym celu nieskomplikowane i nie-

inwazyjne badanie spirometryczne. Wszyscy palacze tytoniu, którzy ukończyli 40 lat, powinni je bezwzględnie wykonać, aby sprawdzić czy nie są chorzy na POChP, szczególnie że jest to w Polsce choroba częsta: choruje na nią około 10% osób, które ukończyły 30 lat, to znaczy około 2 milionów osób.



Przedstawiony powyżej spirogram – wynik badania spirometrycznego przedstawia różnicę w możliwościach oddechowych osoby zdrowej i chorego na POChP. O ile zdrowy w czasie 1 sekundy wydycha 80% pełnej pojemności wydechowej, o tyle chory jedynie 60%. Oznacza to, że drożność oskrzelików i oskrzeli jest ograniczona, a co za tym idzie, możliwości wentylacyjne płuc również.

POChP jest w Polsce najczęstszą przewlekłą chorobą płuc prowadzącą do inwalidztwa chorobowego i umiera na nią ponad 14 tysięcy osób rocznie. Jest to czwarta w kolejności (po chorobach serca i naczyń, nowotworach oraz urazach) przyczyna zgonów. Podobnie dzieje się zresztą w większości rozwiniętych krajów świata.

Choroba ta rozwija się przez wiele lat, nie powodując żadnych objawów. Ponieważ wiek, w którym rozpoczyna się palenie papierosów stale się obniża, u większości palaczy około 20. roku życia choroba zaczyna się rozwijać. Poranny kaszel, pierwszy objaw choroby, który wkrótce się pojawia, jest przez palaczy lekceważony i traktowany nie jako objaw choroby, ale jako nieszkodliwe następstwo palenia. Zmiany w drożności oskrzeli wykrywane badaniem spirometrycznym pojawiają się po około 10 latach trwania nałogu, czasem jednak znacznie wcześniej.

Chory zgłasza się do lekarza jednak dopiero wtedy, gdy pojawiają się objawy duszności podczas wysiłku, który do niedawna wykonywał bez trudności. Niestety,

dusznosc ta pojawia sie dopiero w zaawansowanym okresie choroby, kiedy juz ponad polowa rezerw oddechowych zostala bezpowrotnie utraczona.

Rozpoznanie stawia sie zwykle u chorych znajdujacych sie miedzy 50. a 60. rokiem zycia przy okazji wizyty u lekarza spowodowanej zaostreniem choroby. Wkrótce potem chory zmuszony jest przerwac prace i starac sie o rentę inwalidzka. Intensywni palacze papierosow rekrutuja sie glownie z warstw społecznych o najnizszym stopniu wyksztalcenia, najczesciej spozród pracowników fizycznych. Ci przechodza na rentę najwcześniej. Jeśli chory nie przestaje palic, to choroba nasila sie nieublaganie, pomimo objawowego leczenia, prowadzac do przedwczesnego zgonu.

W koncowym okresie choroby, kiedy POChP znajduje sie w stadium niewydolności oddychania i powiklan sercowych, leczenie jest bardzo kosztowne. Skladaja sie na nie: domowe leczenie tlenem, czeste hospitalizacje spowodowane zaostreniami choroby, stosowanie kosztownych antybiotyków, a niekiedy mechanicznego wspomagania oddechu.

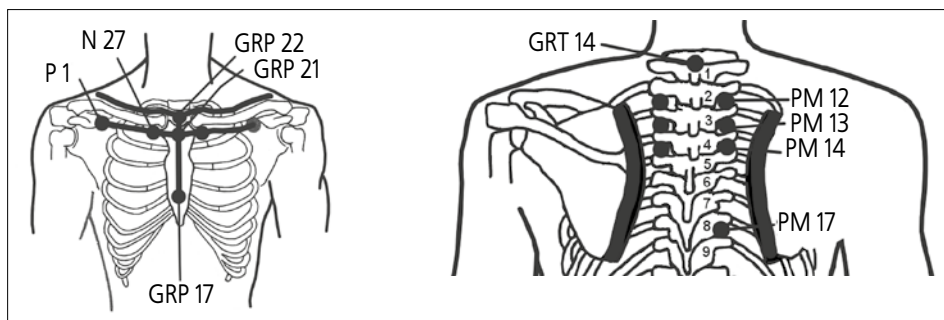
Za korzyścią wczesnego rozpoznawania POChP przemawia wiele argumentów. Dwa z nich maja decydujace znaczenie. Pierwszym jest przyczyna choroby: u 90% procent chorych powodem jej jest palenie papierosow. Jest to czynnik, którego trudno sie pozbyc, ale jest to możliwe. Drugim argumentem jest wielokrotnie potwierdzone zjawisko, ze przerwanie palenia tytoniu we wczesnym lub umiarkowanym okresie POChP zatrzymuje postep choroby. Trzeba podkreslic, ze **POChP jest jedyną chorobą wywołaną przez palenie papierosow, w której zaprzestanie palenia przerywa postep choroby.** Reakcji takiej nie ma w innych chorobach spowodowanych paleniem papierosow (rak pluca) lub w których palenie papierosow jest tylko jednym z czynników patogenetycznych, takich jak choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze.

We wszystkich schorzeniach dolnych dróg oddechowych, poza leczeniem farmakologicznym, celem wzmocnienia sil odpornościowych organizmu oraz złagodzenia objawow możemy zastosowac masaż chiński.

Zaczynamy zawsze od „masażu 7 linii”, który wykonujemy w dwóch kolejnych dniach. Przy braku czasu możemy również zastosowac masaż gumową bańką chińską obszaru odpowiadajacego „7 liniom”, oczywiście z pominięciem samego kręgosłupa. W przypadku zapalenia opłucnej przeciągamy bańką również wzduż dolnych żeber od kręgosłupa na zewnątrz. Następnie przechodzimy do ponizszego programu.

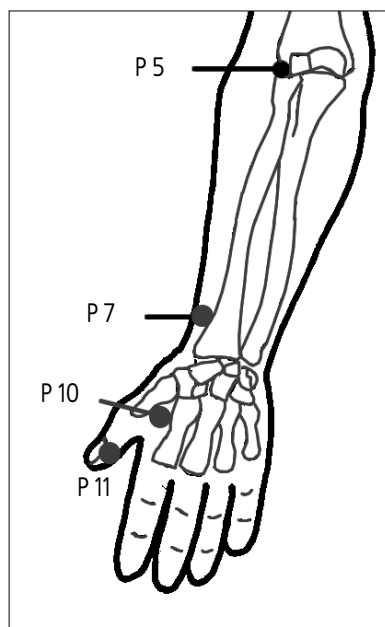
W pierwszej kolejności, u pacjenta lezacego na wznak, techniką *chwytania 3 palcami* lub *szczypiania* stymulujemy odcinek GRP od **GRP 15** przez **GRP 17** do **GRP 21** (na srodku rękojści mostka). Następnie ustawionymi w widełki

kciukiem i palcem wskazującym techniką *wycierania* masujemy linię pod dolną krawędzią obojczyka od **GRP 21** przez **N 27** do **P 1** oraz równoległą do niej linię nad górną krawędzią obojczyka. Teraz pacjent odwraca się na brzuch. Najpierw techniką *chwytania 3 palcami* stymulujemy **GRT 14**, a następnie rytmicznym *uciskaniem opuszką kciuka* masujemy **PM 12**, **PM 13**, **PM 14** (1,5 cun bocznie od wierzchołka wyrostka kolczystego Th2, Th 3 i Th 4) oraz szczególnie ważny przy schorzeniach układu oddechowego **PM 17**. Na zakończenie techniką *piłowania wzdłużnego* masujemy wewnętrzny brzeg łopatki.



W uzupełnieniu pacjent kilka razy dziennie powinien techniką rytmicznego *uciskania opuszką kciuka* stymulować punkty meridianu płuc: **P 5**, **P 7**, **P 10** i **P 11**.

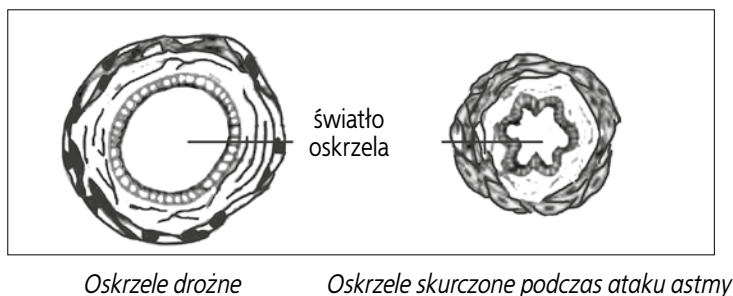
Wśród chorób dolnych dróg oddechowych szczególne znaczenia ma **ASTMA (DYCHAWICA) OSKRZELOWA**. Według definicji zaakceptowanej przez Międzynarodową Organizację Zdrowia jest ona: *przewlekłym procesem zapalnym dróg oddechowych, w którym bierze udział wiele komórek i mediatorów. Proces zapalny prowadzi do nadreaktywności dróg oddechowych, czego wynikiem są nawracające epizody świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej i kaszlu, występujące zwłaszcza w nocy lub we wczesnych godzinach rannych. Objawom tym towarzyszy uogólnione, ale zmienne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które zwykle jest odwracalne spontanicznie lub pod wpływem leczenia.*



Określenie to nie jest może zbyt zrozumiałe dla osób bez wykształcenia medycznego. Podkreśla ono jednak napadowy charakter choroby, której najczęstszym objawem są ataki duszności pojawiające się najczęściej w nocy, pomiędzy godziną drugą a piątą. Towarzyszy im przeważnie kaszel, duszności, „granie w piersiach”, a czasem ucisk w klatce piersiowej. Pacjent pomiędzy napadami może czuć się zupełnie dobrze i często nikt nie orientuje się, że cierpi on na tę chorobę. Napady astmy mogą występować z różną częstością, przy czym na szczęście większość pacjentów cierpi na postać łagodną lub epizodyczną. Duszność pojawia się u nich rzadko, a po zastosowaniu prawidłowego leczenia chory może o chorobie niemalże całkiem zapomnieć. Jest jednak grupa chorych, u których dolegliwości występują prawie codziennie, a choroba jest przyczyną znacznego pogorszenia jakości życia. Mówimy wówczas o astmie ciężkiej.

Bardzo ważne jest uświadomienie sobie, że przyczyną objawów w astmie jest przewlekły stan zapalny. Jest to jednak szczególna postać zapalenia, tzw. zapalenie alergiczne, które znacznie różni się od stanu zapalnego powodowanego przez infekcje dróg oddechowych, którego mechanizm jest niezwykle skomplikowany i dotychczas nie do końca poznany. Przyjmuje się jednak, że najczęściej zapalenie jest inicjowane przez określony alergen.

Ostatnim elementem definicji jest podkreślenie roli nieswoistej nadreaktywności oskrzeli, będącej zresztą również efektem procesu zapalnego. Oskrzela chorych na astmę mają mianowicie skłonność do skurczu po kontakcie z różnymi czynnikami fizycznymi i farmakologicznymi, które u osób zdrowych nie powodują zazwyczaj dolegliwości. Typowe są tu objawy chorobowe w postaci duszności po wysiłku fizycznym, po działaniu zimnego powietrza czy też dymu tytoniowego.



W terapii astmy stosuje się leki działające na receptory znajdujące się w oskrzelach, a także leki przeciwzapalne, przede wszystkim sterydy. Ostatnio, wobec stwierdzenia, że schorzenie to wywoływane jest również przez niektóre rodzaje bakterii, do leczenia włącza się także antybiotyki.

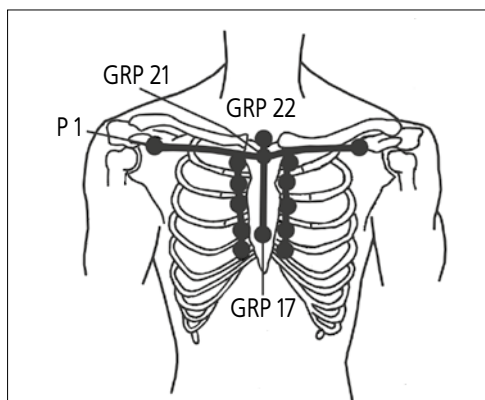
Akupresura i masaż chiński mają tu przede wszystkim działanie osłabiające objawy, pomagają uzyskać korzystny efekt rozkurczający oskrzela i zmniejszający

częstotliwość ataków, a także w pewnym stopniu antyalergiczny. Działają też korzystnie na subiektywne samopoczucie pacjenta.

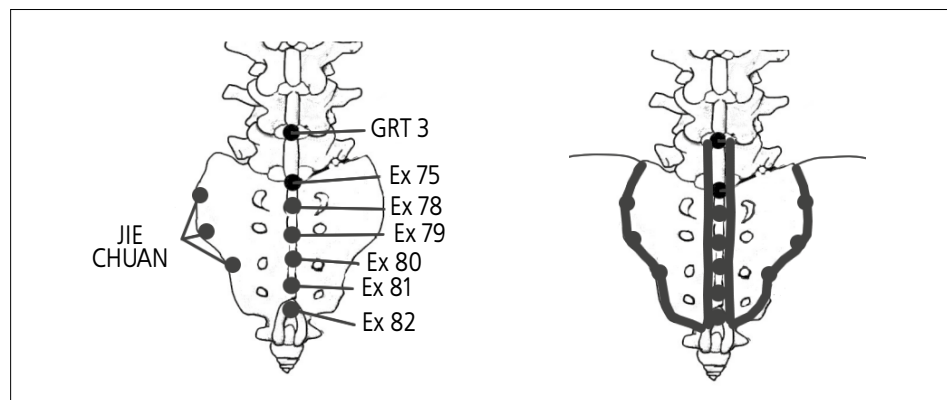
Zabieg z reguły rozpoczynamy od wykonania „masażu 7 linii”, po którym stymulujemy punkt **GRT 14** techniką *chwywania 3 palcami*.

Następnie pacjent odwraca się na plecy. Techniką *pocierania nasadą dłoni* masujemy linię od **GRP 17** do **GRP 22**. Nieco niżej, od punktu **GRP 21** ręce „rozchodzą się na boki”, tzn. techniką *wycierania opuszką kciuka* masujemy linię wzdłuż dolnej krawędzi obojczyka od **GRP 21** do **P 1**.

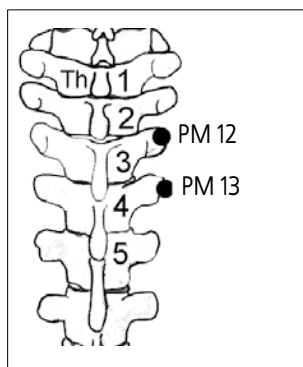
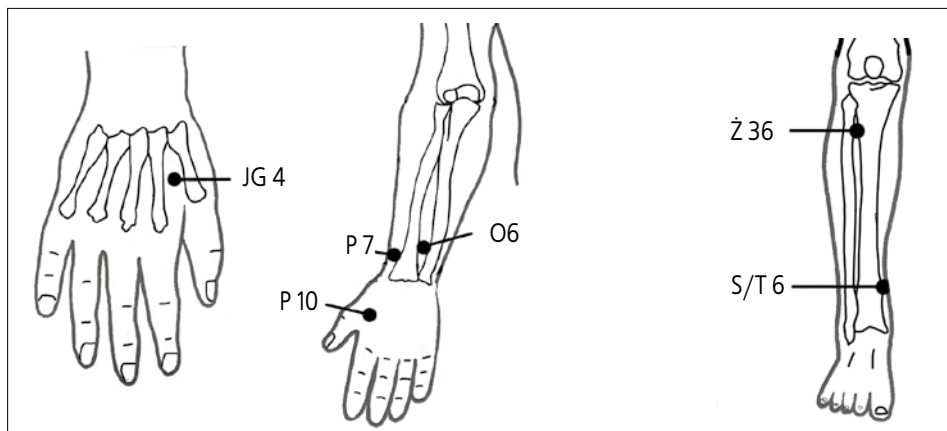
W dalszej kolejności techniką rytmicznego *uciskania opuszką kciuka* stymulujemy po kolei, idąc od góry, wszystkie dostępne przestrzenie międzyżebrowe w miejscu gdzie dochodzą one do mostka.



Na zakończenie, techniką *ugniatania palcami* masujemy dokładnie grzebień pośrodkowy kości krzyżowej od nasady kości guzicznej do **GRT 3** (poniżej wyrostka kolczystego L 5), stymulując w ten sposób położone wzdłuż niego tzw. 7 punktów astmy oraz leżące nad stawami krzyżowo-biodrowymi na wysokości I, II i III otworu krzyżowego nienumerowane punkty **JIE CHUAN**.



Masujemy również punkty na kończynach: **Ż 36, S/T 6, JG 4, O 6, P 10 i P 7.**



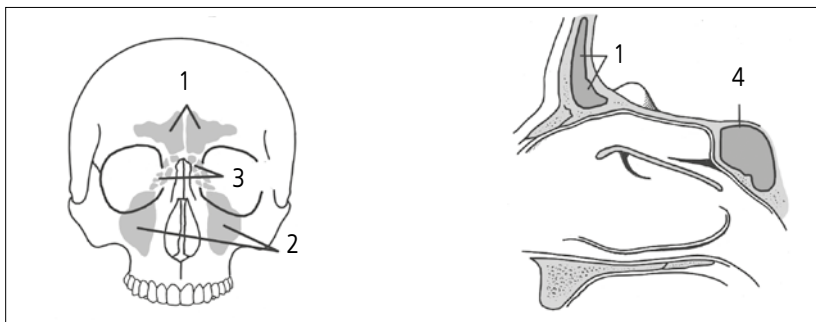
Uzupełnieniem zabiegu jest akupresura punktów **PM 12 i PM 13**, leżących 1,5 cun od linii środkowej ciała na wysokości końca wyrostków kolczystych Th 2 i Th 3.

ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH. Nazwą zatok przynosowych obejmujemy znajdujące się w czaszce jamy powietrzne, stanowiące w pewnym sensie przedłużenie jam nosa. Spełniają one funkcję rezonacyjną dla głosu ludzkiego (zatem decydują o barwie głosu, podobnie jak np. pudło skrzypiec zmienia barwę dźwięku wydawanego przez struny), a także, przy urazach czaszki, ochronną. Błona śluzowa wyściełająca zarówno jamę nosa, jak i zatoki pokryta jest drobnymi poruszającymi się rzęskami i wytwarza w ciągu doby ok. 1000 ml wydzieliny.

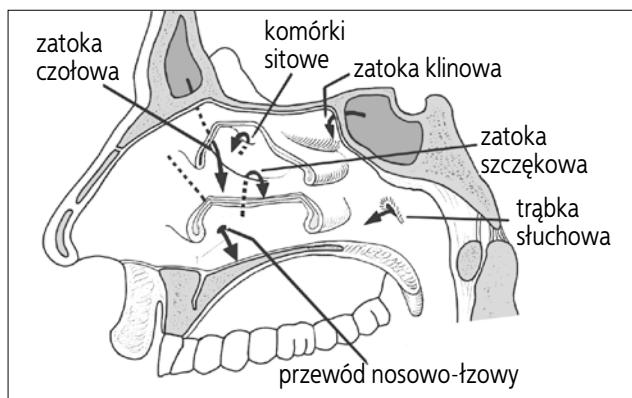
Nazwy zatok pochodzą od nazwy kości, w której się znajdują. Są to:

1. **zatoki czołowe** – zlokalizowane w kości czołowej, których rzut znajduje się ponad oczami, w okolicy brwi. Mają one różnorodne kształty. Czasem mogą być bardzo rozległe i wielokomorowe, co sprzyja powikłaniom zapalnym. Tyl-na ściana zatoki czołowej sąsiaduje z przednim dołem czaszki, co umożliwia rozprzestrzenianie się powikłań wewnątrzczaszkowych;

2. **zatoki szczękowe** – znajdujące się w kości szczękowej, w rzucie policzków. Są to największe z zatok. Ponieważ ściana górna zatoki tworzy dno oczodołu, ma to zasadnicze znaczenie dla rozszerzania się procesu zapalnego. Z kolei dno zatoki szczękowej znajduje się w bezpośredniej bliskości korzeni zębów (2. przedtrzonowca i 1. trzonowca), co powoduje, że właśnie te miejsca mogą być punktem wyjścia dla zębopochodnego zapalenia zatok;
3. **zatoki sitowe**, czyli komórki kości sitowej – położone zgodnie z nazwą w kości sitowej z tyłu za nosem, pomiędzy oczami. Zbudowane są z 6–10 komórek powietrznych. Stan zapalny toczący się w obrębie zatok sitowych bywa niekiedy powikłany zapaleniem nerwu wzrokowego i zapaleniem tkanek oczodołu;
4. pojedyncza **zatoka klinowa** – również z tyłu za nosem, w kości klinowej, a zatem w strukturze podstawy czaszki. Procesy zapalne dotyczące zatoki klinowej są niekiedy błędnie rozpoznawane, a niezwykle groźne i rozszerzające się na przysadkę mózgową (a zatem pośrednio i na gospodarkę hormonalną organizmu), opony mózgu i tkanki mózgowia.



Zatoki połączone są naturalnymi kanalikami z jamą nosa tak, aby powietrze i śluz mogły się swobodnie przemieszczać. W przypadku śluzu oznacza to swobodny odpływ do jamy nosowej.

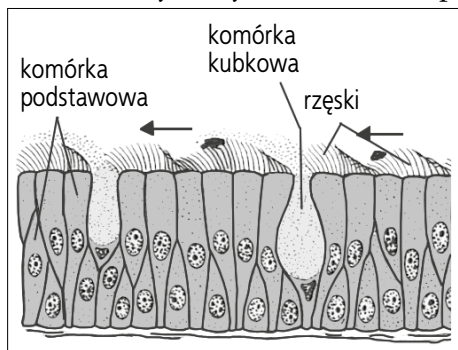


A zatem zmiany zapalne, spowodowane przeziębieniem, alergią, zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub nagłymi zmianami temperatury otoczenia czy przewianiem powodują powstawanie obrzęku błony śluzowej nosa.

Powietrze unieruchomione razem z wydzieliną w zablokowanej zatoce powoduje ucisk, wynikiem czego może być intensywny ból, szczególnie że wydzielina pozbawiona dopływu świeżego powietrza zaczyna po prostu „gnić”, tworząc ropę, przy czym wydzielają się gazy będące produktem przemiany materii. Także i one zwiększają ciśnienie w zatoce. Gdy z kolei powietrze nie ma możliwości wejścia do zatoki w obrębie naturalnego ujścia, może powstać podciśnienie, które również objawia się bólem. Występuje on najczęściej w okolicy czoła i nosa, jest intensywniejszy w godzinach porannych, a także przy pochylaniu się.

A zatem zapalenie zatok przynosowych zaczyna się przeważnie od zapalenia błony śluzowej nosa, przy czym zmiany zapalne dotyczą często kilku zatok równocześnie (szczególnie w przypadku zatok sitowych). Jest to uwarunkowane bliskością położenia ich ujść naturalnych. Wyjątkiem jest tzw. zębopochodne zapalenie zatok związane z szerzeniem się zakażenia z jednego z górnych zębów do zatoki szczękowej. Jest ono jednym z niewielu przypadków, gdy stan zapalny może obejmować tylko jedną zatokę.

O prawidłowym działaniu zatok przynosowych decydują dwa czynniki: drenaż, czyli odpływ śluzu z zatok, oraz wentylacja – swobodny przepływ powietrza. Zaburzenie tych czynników ułatwia powstanie infekcji.



Błona śluzowa zatok pokryta jest specjalnymi rzęskami, które znajdują się w ciągłym ruchu przypominającym falowanie zboża. Jest on zsynchronizowany i umożliwia przesuwanie śluzu wytwarzanego w specjalnych komórkach kubkowych w określonym kierunku (od zatoki do nosa), a zatem ma podstawowe znaczenie dla ich oczyszczania.

Przemieszczanie wydzieliny w zatokach przynosowych w kierunku ujść naturalnych odbywa się po ściśle wyznaczonych szlakach.

Ta zdolność samooczyszczania pozwala usuwać nie tylko ciała obce o charakterze mechanicznym, ale także kropelki czy też pyłki zanieczyszczeń chemicznych oraz – co dla nas szczególnie ważne – bakterie i wirusy. Jeśli zatem mechanizm ten działa sprawnie, jeśli nabłonek rzęskowy jest zdrowy, możliwość zainfekowania dróg oddechowych zmniejsza się do minimum.

Warto wiedzieć, że ponieważ system błon śluzowych pokrytych rzęskami rozpościera się od zatok poprzez jamę nosową, gardłową i tchawicę aż do płuc, bardzo często nieodpowiednio leczone stany zapalne zatok wywołują na drodze odruchowej stany zapalne oskrzeli. Zwłaszcza u dzieci mamy w związku z tym często do czynienia z tzw. zespołem zatokowo-oskrzelowym.

Do czynników wpływających niekorzystnie na czynność rzęsek możemy zaliczyć:

- 1) czynniki fizykochemiczne – jedną z właściwości nabłonka rzęskowego jest bardzo duża wrażliwość na uszkodzenia chemiczne, zmiany temperatury i wilgotności powietrza. Jednym z najbardziej toksycznych czynników jest zaś dla niego trucizna układu nerwowego – alkaloid **nikotyna**, znajdujący się przede wszystkim w dymie tytoniowym;
- 2) czynniki biologiczne, a mianowicie infekcje wirusowe i bakteryjne, alergię, fizjologiczne starzenie się, zaburzenia hormonalne, urazy oraz nieprawidłowości w budowie anatomicznej.

Efektom zaburzeń czynnościowych i infekcji są choroby zatok. Najważniejszą i najpoważniejszą z nich jest **ostre zapalenie zatok przynosowych**.

Początek jego jest zazwyczaj nagły, poprzedzony infekcją błony śluzowej, czyli mówiąc prościej, nieżytem nosa. Oprócz objawów lokalnych, tzn. ze strony nosa i samych zatok, mogą wystąpić objawy ogólne pod postacią podwyższonej ciepłoty ciała, złego samopoczucia, uczucia rozbicia, czy braku apetytu. Objawy miejscowe to przede wszystkim ból zatoki objętej stanem zapalnym, niedrożność nosa, wydzielina z nosa, bóle głowy, osłabienie, a nawet lub zniesienie rozróżniania zapachów, niekiedy – w przypadku zatoki szczękowej – bóle zębów. Dolegliwości nasilają się zazwyczaj przy pochylaniu głowy do przodu oraz przy większym wysiłku fizycznym.

Jeśli ostre zapalenie zatok ma tendencję do powtarzania się z okresami przerw, mówimy o **nawracającym ostrym zapaleniu zatok przynosowych**.

Powstawaniu nawrotów może sprzyjać wiele czynników, takich jak nieprawidłowości anatomiczne, nieżyty nosa, czy też zmiany pourazowe, jak np. skrzywienie przegrody nosa.

Nieleczone lub niewłaściwie leczone zapalenie ostre prowadzi do **przewlekłego zapalenia zatok przynosowych**. Objawy choroby są wówczas zbliżone do objawów w zapaleniu ostrym, jednak znacznie mniej nasilone. Mogą być mało charakterystyczne, a także zazwyczaj przebiegają w sposób łagodny. Chorzy z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych zgłaszają się do lekarza zazwyczaj dopiero w okresie zaostrzeń i nasilenia dolegliwości, w tym głównie bólowych. Choroba przeważnie przebiega bez gorączki.

Leczenie ostrego i ostrego nawracającego zapalenia zatok ma przeważnie charakter zachowawczy, natomiast w zapaleniu przewlekłym stosuje się również leczenie chirurgiczne.

Warunkiem podstawowym i koniecznym dla skutecznego leczenia zapalenia zatok jest udrożnienie nosa oraz ujść zatok.

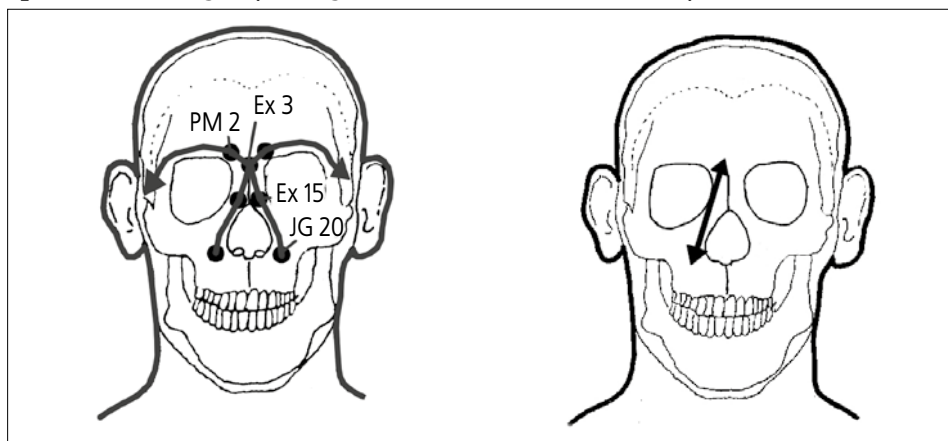
Trzeba pamiętać, że wszystkie zatoki przynosowe leżą w bliskim sąsiedztwie ważnych struktur czaszkowych: jamy czaszki, nerwu wzrokowego, a pośrednio i przysadki mózgowej oraz opon mózgu.

Ma to zatem olbrzymie znaczenie dla rozwoju poważnych powikłań zapalenia zatok. Niewłaściwie leczone (lub w ogóle nieleczone) zapalenie zatok może prowadzić do powikłań oczodołowych i ocznych, jak też powikłań wewnątrzczaszkowych. Przyczyną większości przypadków poważnych powikłań jest zbyt późne wdrożenie leczenia!

Jak z tego wynika, stosowanie masażu chińskiego w leczeniu zapaleń zatok przynosowych jest z natury rzeczy ograniczone. W wielu przypadkach może przynieść jednak znaczną ulgę.

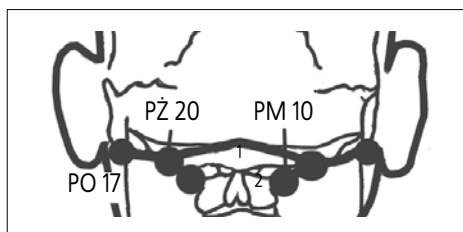
Podstawą terapii stanów zapalnych zatok czołowych jest „mały przedni trójkąt magiczny” obejmujący punkty Ex 3 oraz PM 2. Punkty te najpierw uciskamy po 20 razy końcówką palca, a następnie cały obszar masujemy techniką *ugniatania palcami*.

Techniką *piłowania wzdłużnego* masujemy linię od JG 20 poprzez Ex 15 do Ex 3. Wymienione punkty stymulujemy również techniką rytmicznego uciskania końcem palca (na kciuk jest tam za mało miejsca). Na zakończenie wycieramy opuszką kciuka górny brzeg oczodołu, od Ex 3 do okolicy Ex 9.

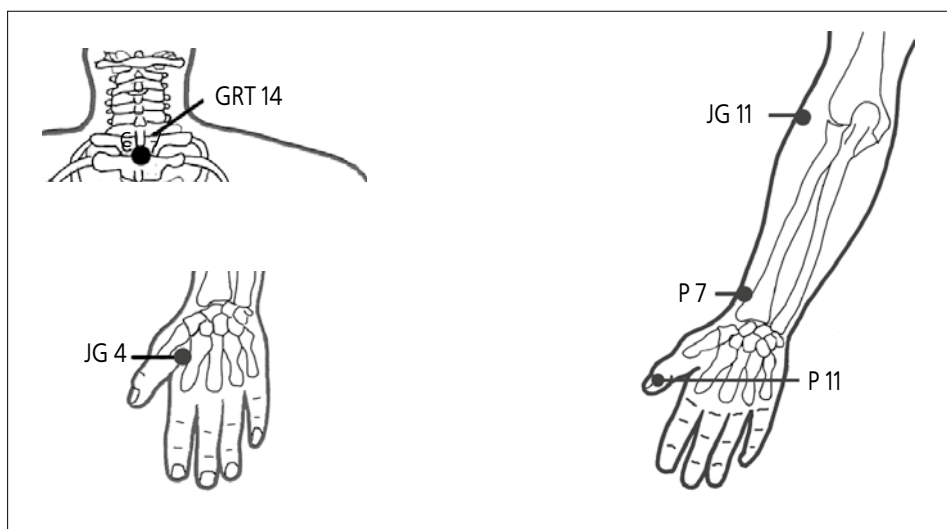


Również techniką *rytmicznego uciskania*, tym razem jednak opuszką kciuka, stymulujemy punkty PM 10 i PŻ 20, a także cały dolny brzeg potylicy, aż do PO 17. W przypadkach zapalenia zatok czołowych masaż taki może poprzez

odruchowe rozkurczenie kanalików łączących zatokę z jamą nosową doprowadzić nawet do ich samoistnego opróżnienia z ropy.



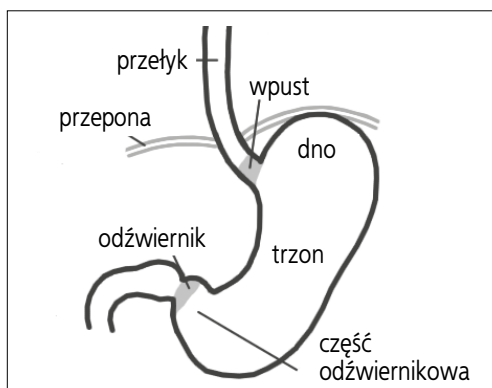
Idąc dalej, techniką *chwywania 3 palcami* stymulujemy punkt **GRT 14**, zaś na zakończenie końcem kciuka, czy też końcówką pałeczki do masażu uciskamy punkty **P 11** (szczególnie w przypadkach bólów gardła), **P 7** oraz **JG 4** i **JG 11**.



układ trawienny

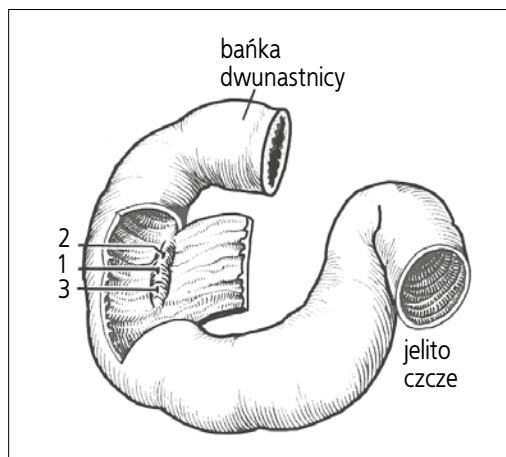
Dolegliwości żołądka

Jeśli przyjrzymy się żołądkowi od zewnątrz, przypomina on z wyglądu rozciągliwy worek o pojemności około 1–1,5 litra. Od góry dochodzi do niego przełyk (czyli w gruncie rzeczy po prostu rura doprowadzająca pożywienie z jamy ustnej), od którego dzieli go mięsień noszący nazwę dolnego zwieracza przełyku. Samo miejsce, w którym przełyk łączy się z żołądkiem, nosi nazwę **wpustu**. Począwszy od góry, kolejne części żołądka są nazywane dnem, trzonem i częścią odźwiernikową. W miejscu połączenia żołądka z dwunastnicą znajduje się kolejny „zawór”, jakim jest okrężny mięsień **odźwiernika**.



Żołądek

Tuż za odźwiernikiem znajduje się przypominająca kształtem gruszkę opuszka dwunastnicy. Następnie dwunastnica kilkakrotnie zmienia kierunek przebiegu, tworząc pętlę przypominającą literę C. Do dwunastnicy dochodzą w mieszczących się w fałdzie podłużnym dwunastnicy (1) brodawkach: większej (2) i mniejszej (3) ujścia przewodów łączących ją z trzustką i wątrobą, przez które wpływają do przewodu pokarmowego niezbędne dla trawienia enzymy trzustkowe i żółć.



Dwunastnica

Jeśli spojrzymy od wewnątrz, ściana żołądka i dwunastnicy składa się z błony śluzowej, kilku warstw mięśni oraz cienkiej błony zewnętrznej zwanej surowicówką. Błona śluzowa wydziela sok żołądkowy zawierający kwas solny oraz pepsynę – enzym trawiący białko. Wydzielanie soku żołądkowego jest regulowane przez poziom hormonu zwanego *gastryną*, uwalniającego się z błony śluzowej żołądka pod wpływem dostającego się do niego pokarmu.

Pokarm docierający do żołądka jest mieszany z sokiem żołądkowym, co ułatwia jego trawienie, przy czym skurcze mięśni żołądka przesuwają go małymi porcjami do dwunastnicy. Po przejściu do dwunastnicy, gdzie następuje dalsze trawienie pokarmu, kwaśna zawartość żołądka jest zobojętniana przez sok trzustkowy i żółć, mające odczyn zasadowy.

Znajomość tych procesów pozwala nam zrozumieć istotę szeregu dolegliwości żołądkowych.

Pierwszą z nich jest **NADWRAŻLIWOŚĆ ŻOŁĄDKA**.

W zasadzie nie jest to jeszcze choroba, może jednak do niej prowadzić. Dolegliwość ta daje dość różnorodne objawy: jedni chorzy na przykład źle znoszą pokarmy zimne, inni znowu pokarmy gorące. Atak nadwrażliwości (to nie pomyłka, choroba ta może pojawić się w postaci ataku!) może być wywołany na przykład potrawami kwaśnymi, zimnymi, tłuszczami, a nawet czasem wypiciem zwykłej zimnej wody.

Objawami są w tym przypadku: gniesienie, a niekiedy ból w żołądku, wzdęcia, z trudem odchodzą gazy. Po spożyciu pokarmów mogą się pojawić mdłości, co jednak zdarza się i kiedy żołądek jest pusty. Chory często odczuwa słony smak w ustach i zgagę, zazwyczaj również ma odczucie pełności w żołądku.

OSTRY NIEŻYT ŻOŁĄDKA rozpoczyna się od odczucia niesmaku, nudności, gniecenia lub bólu w żołądku, przy czym zazwyczaj bywa obłożony język, z ust wydobywa się nieprzyjemna woń. Niekiedy, szczególnie u dzieci, pojawiają się wymioty albo biegunka. Chory zazwyczaj chętnie pije i ma zmienne zachcianki smakowe, jednak generalnie nie ma ochoty na jedzenie. Najczęściej spotykaną przyczyną powstawania nieżytu żołądka jest przejedzenie, a zwłaszcza nadmierne spożycie alkoholu. Na tę dolegliwość zapadają najczęściej ludzie mający tak zwany słaby żołądek.

Rozwinięciem w pewnym sensie tego schorzenia staje się **PRZEWLEKŁY NIEŻYT ŻOŁĄDKA**, choroba będąca zazwyczaj konsekwencją powtarzających się nieżytów ostrych, spowodowanych, jak wiemy, nieodpowiednim pożywieniem, nadużywaniem alkoholu, a także w znacznym stopniu paleniem tytoniu (bardzo toksyczna smoła tytoniowa wraz ze śliną w dużym procencie dostaje się do żołądka). Jak obecnie wiadomo ponad wszelką wątpliwość, także nadużywanie wielu leków (zaczynając od „najprostszej” aspiryny) może prowadzić do przewlekłego nieżytu żołądka.

Choroba ta dotyczy najczęściej mężczyzn po czterdziestym roku życia.

Pacjenci skarżą się najpierw na ucisk w dołku podsercowym po spożyciu pokarmu, później na bóle, zgagę, wzdęcia, zmniejszony apetyt. Podobnie jak przy nieżycie ostrym, chory ma zwykle obłożony język i nieprzyjemny oddech, miewa zaparcia lub częste biegunki.

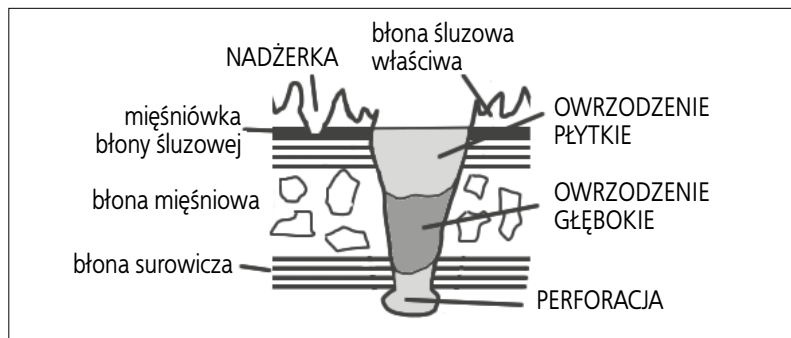
NIESTRAWNOŚĆ może wystąpić przy różnych dolegliwościach żołądka, przeważnie jednak jest efektem ubocznym zaburzeń funkcji wątroby, śledziony, nerek, a nawet serca. W tym przypadku chory skarży się na gniecenie w żołądku, pełność, odbijanie, czasem ślinotok, palenie w dołku podsercowym, zgagę, zaparcie, a także znużenie i bóle głowy.

Najgroźniejszym jednak (poza nowotworami, których tu nie omawiamy) schorzeniem żołądka i dwunastnicy jest **WRZÓD TRAWIENNY**.

Nazwą tą określa się ubytek błony śluzowej sięgający w głąb ściany żołądka. Schorzenie to polega na nadtrawieniu ściany przewodu pokarmowego, czemu towarzyszy zespół dolegliwości odczuwanych przez chorego. Wrzody umiejscawiają się najczęściej w opuszcce dwunastnicy i żołądka, rzadziej w dalszej części dwunastnicy lub w przełyku.

W chorobie wrzodowej najpierw pojawia się powierzchowne uszkodzenie błony śluzowej pokrywającej od wewnątrz żołądek. Powstaje wówczas drobna ranka nazywana nadżerką. Jeżeli utrzymują się warunki sprzyjające rozwojowi choroby,

zmiana ta pogłębia się i powiększa, sięgając w głąb ściany, a zatem powstaje owrzodzenie najpierw płytkie, potem coraz głębsze. W części przypadków może dojść do uszkodzenia naczyń krwionośnych w ścianie żołądka lub dwunastnicy, co bywa przyczyną krwawienia. Czasem wrzód może nawet przedziurawić ścianę żołądka, co nazywamy perforacją.



Z kolei drażnienie przez wrzód i sok żołądkowy nerwów przebiegających w ścianie powoduje odczucie bólu.

Częściej dochodzi do powstawania wrzodów w dwunastnicy, szczególnie w jej sąsiadującej bezpośrednio z żołądkiem opuszcze. Występują one tam dwu- lub nawet trzykrotnie częściej niż w samym żołądku. U kilkunastu procent chorych wykrywa się jednocześnie dwa lub więcej owrzodzeń, przy czym większość z nich nie przekracza średnicy 1 cm, zdarzają się jednak dochodzące nawet do kilku centymetrów.

Jest to jedna z najczęstszych chorób przewodu pokarmowego, jako że ocenia się, że choruje na nią w ciągu całego życia 5–10% populacji, przy czym zdecydowanie częściej chorują mężczyźni (choć ostatnio zwiększa się procentowy udział kobiet). Może występować w każdym okresie życia, ale najczęściej chorują ludzie młodzi i w wieku średnim.

Najważniejszym objawem choroby wrzodowej jest ból lub dyskomfort w nadbrzuszu (czyli dołku podsercowym), pojawiający się 1 do 3 godzin po posiłkach. Ustępuje on przeważnie (zwłaszcza w fazie początkowej) po spożyciu pokarmu lub przyjęciu leków zobojętniających kwas solny, jak też mającym podobne działanie wypiciu mleka. Często występuje w nocy, budząc chorego ze snu. Ma zazwyczaj charakter „konsekwentny” i dokuczliwy, przy czym może się utrzymywać przez kilka dni, a nawet tygodni.

Należy pamiętać, że choroba wrzodowa dość często nie daje żadnych dolegliwości, zaś o jej istnieniu dowiadujemy się dopiero na skutek wystąpienia powikłań.

Jest to ważne także i dlatego, że takie objawy, jak nudności, wymioty, odbijania, brak łaknienia, zgaga, niesmak w ustach, a nawet chudnięcie mogą być wpraw-

dzie związane z obecnością choroby wrzodowej, ale nie są charakterystyczne wyłącznie dla niej. Nazywane są objawami dyspeptycznymi.

Charakterystyczna dla choroby wrzodowej jest jej nawrotowość, co oznacza, że wielu chorych ma nasilenia dolegliwości występujące co kilka miesięcy. W dawniejszych podręcznikach opisywano wiosenno-jesienne okresy zaostrzenia choroby, co jednak nie dotyczy wszystkich chorych. Tym niemniej zaobserwowano, że przy tradycyjnym leczeniu nawroty występują średnio co 7 miesięcy.

Wiemy obecnie, że główną i najczęstszą przyczyną powstania choroby wrzodowej nie są, jak dawniej uważano, stresy, nerwice czy też błędy dietetyczne (choć i one odgrywają niewątpliwie pewną rolę), tylko zakażenie bakterią ***Helicobacter pylori***, do którego dochodzi dość wcześnie, przeważnie w dzieciństwie. Bakteria ta żyje na powierzchni błony śluzowej pod przykrywającą ją warstwą śluzu. Zakażenie powoduje przeważnie niezauważalne z początku zapalenie błony śluzowej, z czasem przechodzące w przewlekłe. U części osób zakażonych dochodzi wówczas do wtórnego zwiększenia produkcji kwasu żołądkowego, co działa bezpośrednio wrzodotwórczo. Ocenia się, że około 70% owrzodzeń żołądka i około 95% owrzodzeń dwunastnicy jest związanych z tą infekcją.

W badaniach przesiewowych *Helicobacter pylori* wykrywa się u około 70% dorosłych osób, jednak tylko u niewielkiej ich części dochodzi do powstania choroby wrzodowej. Dlaczego tak się dzieje, do tej pory właściwie nie wiadomo. Badania w tym zakresie trwają, jednak odkryto już, że ważną rolę odgrywają tu predyspozycje genetyczne (dziedziczone rodzinie) oraz rodzaj szczepu bakterii. Zaledwie u około 10% osób zakażonych bakterią powstają owrzodzenia trawienne.

Drugą istotną przyczyną tworzenia się wrzodów jest grupa leków powszechnie stosowanych, a mianowicie **niesterydowe leki przeciwzapalne**. Należy do nich kwas acetylosalicylowy (aspiryna), ibuprofen, naproxen, piroxicam, diklofenac i kilka innych. Wiele z nich dostępnych jest bez recepty.

Liczne badania wykazały, że 12–30% pacjentów leczonych przewlekłe tymi lekami ma wrzód żołądka, a 2–19% wrzód dwunastnicy. Odwrotnie niż przy zakażeniu *Helicobacter pylori*, dwukrotnie częściej niż wrzód dwunastnicy występuje polekowy wrzód żołądka.

Przyczyna szkodliwego działania tych leków jest złożona i nie do końca jeszcze znana, prawdopodobnie jednak najistotniejsze jest tu uszkodzenie mechanizmów chroniących żołądek przed czynnikami drażniącymi, przede wszystkim kwasem solnym.

Warto wiedzieć, że choroba wrzodowa częściej występuje u osób z grupą krwi „0”. Prawdopodobnie jest to spowodowane ułatwieniem infekcji *Helicobacter pylori* u osób z tą grupą krwi.

Również palacze papierosów częściej zapadają na chorobę wrzodową, mają częstsze nawroty choroby, a nisza wrzodowa goi się u nich trudniej.

Decyduje o tym wiele przyczyn, w tym działanie składników dymu tytoniowego na wydzielanie żołądkowe i trzustkowe oraz na przepływ krwi w naczyniach ściany żołądka. Palenie tytoniu i *Helicobacter pylori* w pewnym sensie współdziałają ze sobą w wywoływaniu wrzodów trawiennych.

Jak wyżej wspomniano, do niedawna uważano, że choroba wrzodowa może być spowodowana przez nieprawidłowe żywienie (np. spożywanie potraw tłustych lub z dużą ilością przypraw) oraz nadużywanie alkoholu. Obecnie wiadomo, że sposób żywienia **nie ma zasadniczego wpływu na jej powstawanie**. Natomiast spożywanie niektórych potraw i picie napojów alkoholowych może niewątpliwie nasilić dolegliwości związane z wrzodem, a to poprzez działanie drażniące na nerwy czuciowe zlokalizowane w uszkodzonej ścianie żołądka lub dwunastnicy.

Także stres i inne czynniki psychologiczne, wbrew utrwalonemu przekonaniu, prawdopodobnie nie odgrywają roli przyczynowej na powstanie choroby wrzodowej. Mogą jednak nasilać związane z nią dolegliwości, chociażby poprzez zwiększone pobudzanie wydzielania kwasu żołądkowego.

Przy powstawaniu owrzodzenia, lub jego powiększaniu się, może dojść do uszkodzenia naczyń krwionośnych przebiegających w ścianie żołądka lub dwunastnicy, przy czym mogą to być zarówno naczynia tętnicze, jak żyłne, czy też drobne naczynka włosowate. W zależności od wielkości uszkodzonego naczynia, krwawienie może być duże lub niewielkie. Czasem jednak może dojść do znacznej utraty krwi objawiającej się gwałtownym zasłabnięciem chorego. Głównym objawem krwawienia są krwiste lub fusowate (przypominające fusy kawy) wymioty oraz krwiste lub smoliste (czarne) stolce, przy czym przyspiesza się czynność serca i zmniejsza ciśnienie tętnicze krwi. **Stan taki bezwzględnie wymaga udania się do szpitala na ostry dyżur chirurgiczny.**

Ciemny lub nawet czarny stolec nie zawsze jednak jest objawem krwawienia, jako że zabarwienie takie może pojawić się po spożyciu niektórych pokarmów (np. jagód) lub leków (np. preparatów żelaza). Ciemne zabarwienie stolca mogą również spowodować niektóre leki stosowane w leczeniu choroby wrzodowej (np. sole bizmutu). O jego występowaniu należy jednak zawsze poinformować lekarza leczącego.

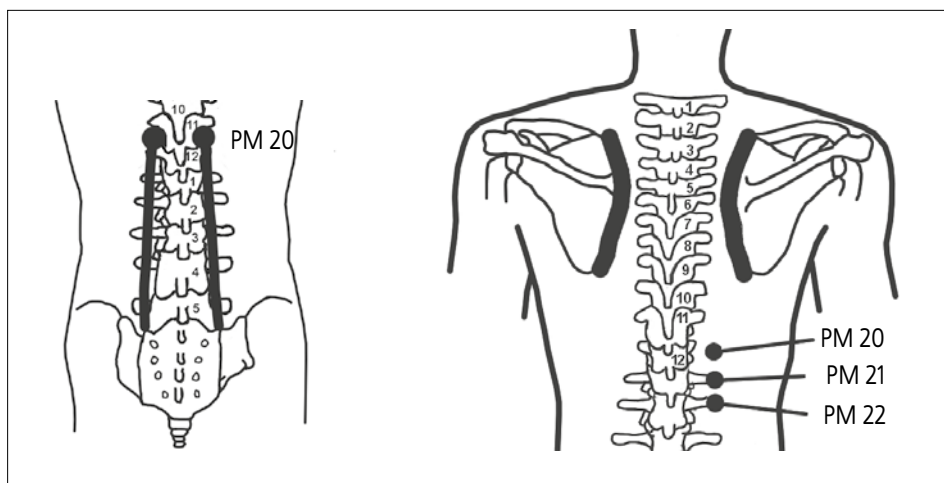
Przedziurawienie wrzodu, zwane perforacją, oznacza przedziurawienie ściany żołądka lub dwunastnicy przez pogłębiające się owrzodzenie. Powikłanie to występuje zazwyczaj nagle i jest bardzo niebezpieczne dla życia. Głównym jego objawem jest silny, gwałtowny ból umiejscowiony w nadbrzuszu, który chorzy czasem porównują do pchnięcia nożem. Przyczyną bólu jest wydostanie się do jamy brzusznej treści pokarmowej z dwunastnicy lub żołądka, co

powoduje rozlany stan zapalny otrzewnej. **Jedynym skutecznym leczeniem jest w takim przypadku zabieg operacyjny, wykonany jak najszybciej!**

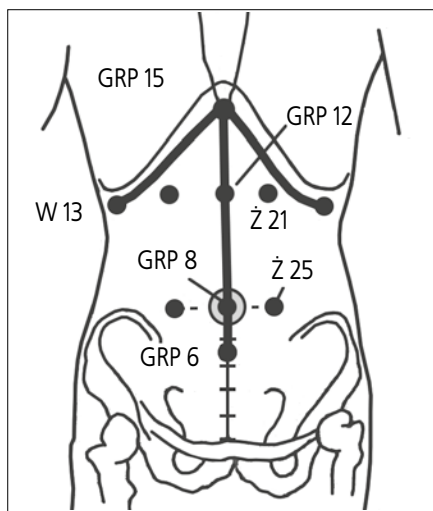
Perforacja występuje u około 2–7% chorych z wrzodem trawiennym. Ryzyko jest większe u osób stosujących niesterydowe leki przeciwzapalne i/lub palących papierosy.

Jaka zatem w dolegliwościach żołądkowych może być rola masażu chińskiego? W przypadku powyżej wymienionych wskazań – za wyjątkiem krwawiącego wrzodu trawiennego, jak też, rzecz jasna, jego perforacji, terapia jest nieraz nadspodziewanie efektywna – masaż zastosowany odpowiednio wcześniej może poprzez obniżenie napięcia układu wegetatywnego w znacznym stopniu zahamować rozwój choroby. Nie oznacza to jednak oczywiście, że można sobie pozwolić na zaniechanie stosowania odpowiedniego leczenia farmakologicznego (zwłaszcza jeśli testy laboratoryjne wykażą infekcję *Helicobacter pylori*), jak też przeprowadzenia pełnej diagnostyki, wiążącej się niestety często z koniecznością panendoskopii czyli wżernikowania żołądka i dwunastnicy. Tylko w ten sposób jednak możemy uniknąć przeoczenia rozpoczynającego się w podobny sposób procesu nowotworowego.

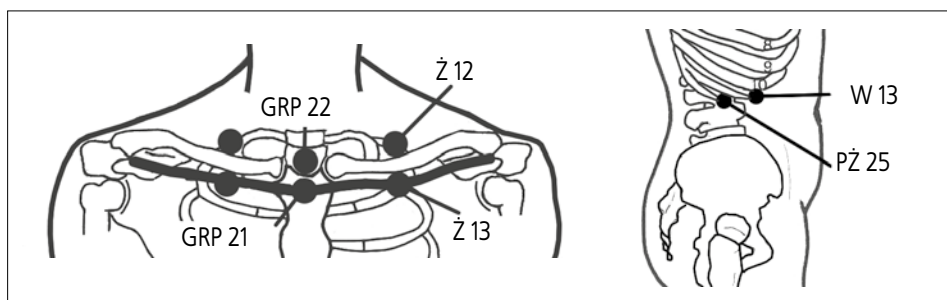
Rozpoczynamy, jak prawie zawsze, od „masażu 7 linii”, przy czym szczególnie dokładnie opracowujemy okolicę 4 dolnych żeber i pierwszych dwóch kręgów lędźwiowych. Dodatkowo, techniką *ugniatania okrężnego* nasadą dłoni masujemy linię od PM 20 (1,5 cun bocznie od wyrostka kolczystego Th 11) wzdłuż I gałęzi meridianu PM, do nasady kości krzyżowej. Następnie uciskamy czubkami kciuków, miejsce przy miejscu, wewnętrzne brzegi łopatek oraz po 10 razy uciskamy opuszką kciuka punkty PM 20, 21 i 22.



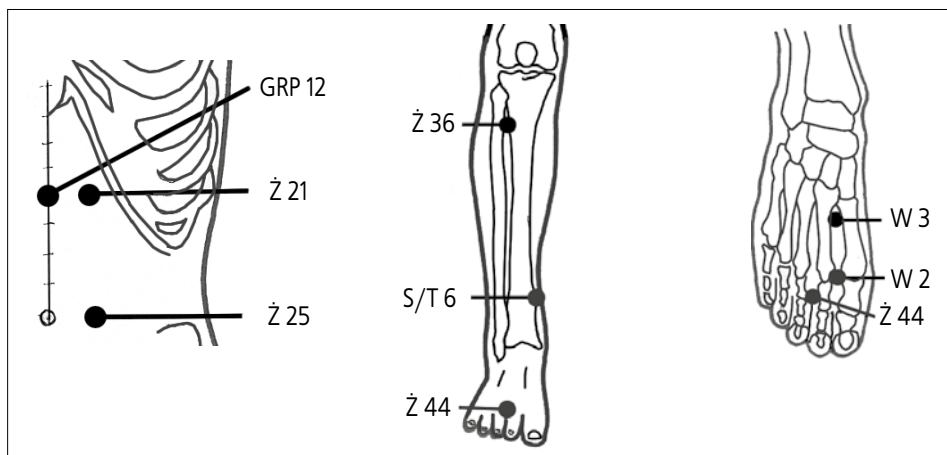
Kiedy pacjent przewróci się na plecy, masaż rozpoczynamy od uciskania po 10 razy opuszką kciuka punktów **GRP 15** i **GRP 12** oraz stymulacji techniką *ugniatania* opuszką kciuka punktów **Ż 21**, **Ż 25** oraz **GRP 6**. Kolejnym chwytem jest *wycieranie* opuszką kciuka lub krawędzią dłoni od **GRP 15** do **W 13** wzdłuż dolnej krawędzi żeber. Płaską dłońią uciskamy 10 razy punkt **GRP 8** (oczywiście wraz z otoczeniem), znajdujący się dokładnie na pępku. Na zakończenie uciskamy czubkiem kciuka punkty **Ż 36** i **Ż 44** oraz *chwytem szczypczkowym* **W 2** – po 30 razy.



Jeśli bóle występujące przy niezycie żołądka połączone są z odczuciem zgagi, pomocny jest masaż *pocieraniem okrężnym* opuszką kciuka punktów **GRP 21** i **22** oraz **Ż 12** (uwaga na objaw „gruczołu Virchowa”) i **13**, jak też *wycieranie* opuszką kciuka całej linii podobojczykowej aż do stawu barkowego.



Uzupełnieniem przedstawionego wyżej masażu może być akupresura punktów **GRP 12**, **Ż 21**, **Ż 25**, **W 13**, **PŻ 25**, a także na kończynach dolnych **Ż 36**, **S/T 6**, **W 2** i **W 3**, wykonywana techniką *ucisku* końcem palca (po 20 razy). Może ona być stosowana również przez samego chorego.



Jedną z plag współczesnej cywilizacji są **ZABURZENIA FUNKCJI JELIT**, w tym szczególnie jelita grubego. Co charakterystyczne, jest ich najwięcej w krajach o najwyższym stopniu rozwoju. W naszej książce z oczywistych względów nie zajmujemy się chorobami najcięższymi, takimi jak np. nowotwory, koncentrując się na schorzeniach czynnościowych.

Na kłopoty związane z **ZAPARCIEM**, czyli trudnościami z opróżnianiem jelita grubego cierpi dziś co druga kobieta i co czwarty mężczyzna.

Jest to zaburzenie uważane przez wiele osób za „wstydlive”, o którym się nie mówi. Jeśli jednak sprawa ta zostaje zaniedbana, często problem staje się widoczny, gdy jest już naprawdę późno: od „zwykłego” zaparcia do poważnych schorzeń jelit jest naprawdę niedaleko!

O zaparciu możemy mówić wtedy, gdy wypróżnimy się mniej niż trzy razy w tygodniu, stolce w jednej czwartej przypadków oddajemy z trudem, są one twarde lub mają wygląd tzw. „owczych bobków”, niekiedy towarzyszy też temu uczucie niecałkowitego wypróżnienia.

Pierwszym grzechem naszego życia, stanowiącym częstą przyczynę tego zaburzenia jest naruszenie tzw. zasad chronobiologii. Otóż jelito grube przeważnie wykazuje szczyt aktywności rano. Jak wiemy, także w chronobiologii chińskiej maksymalna aktywność meridianu jelita grubego ma miejsce w godzinach 5–7. Organizm domaga się wtedy opróżnienia. Dla nas, niestety, w większości przypadków nie jest to moment właściwy „organizacyjnie”. Spieszymy się do pracy lub szkoły, do toalety w domu przeważnie wręcz stoi kolejka, hamujemy zatem naturalny odruch organizmu, powstrzymując się od wypróżnienia. Nasz organizm jest wówczas zdezorientowany, a zatem po pewnym czasie odruch ten może zaniknąć. W jego miejsce powstają zaparcia nawykowe, najpierw sporadyczne, mogące jednak z czasem przejść w przewlekłe.

Konieczne jest uregulowanie oddawania stolca, a zatem rano trzeba, niestety, nieco dłużej posiedzieć w toalecie. Musimy po prostu wstać nieco wcześniej niż zazwyczaj. Regularne wypróżnienie ułatwia czasowe przyjmowanie łagodnych, ziołowych środków przeczyszczających. Kiedy organizm na powrót przyzwyczai się do stałej pory wypróżniania się, środki te należy natychmiast odstawić.

Drugim częstym grzechem, z którego zresztą przeważnie zdajemy sobie sprawę, jest niewłaściwe odżywianie. Jemy za dużo pokarmów ciężko strawnych, tłuszczów zwierzęcych i rafinowanych węglowodanów (biała mąka i cukier), które długo zalegają w żołądku i jelitach, natomiast spożywamy za mało warzyw i owoców. Najważniejsze jest jednak zapewnienie stałego źródła błonnika, którego w naszej codziennej diecie najczęściej znajduje się od 6 do 8 gramów. Według specjalistów, powinno go być cztery – pięć razy więcej, czyli 28–45 gramów. Błonnik, czyli niestrawne części produktów roślinnych, działa oczyszczająco na nasze jelita, „wymiatając” z organizmu w sposób najzupełniej mechaniczny resztki pokarmowe. Zwiększa on objętość stolca, a także ułatwia jego przesuwanie się przez jelita. Ponieważ wchłania stosunkowo dużo wody, powoduje również zmiękczenie kału i ułatwia wydalenie go.

Ten temat jest szeroko omawiany we współczesnej literaturze dotyczącej zdrowia, więc w tym miejscu zostanie pominięty.

O trzecim grzechu mówi się rzadziej, chociaż nasze mamy dawniej zawsze zwracały na to uwagę. Jest nim „jedzenie na tempo”. Najpiękniejsze jego przykłady możemy obejrzeć w różnego rodzaju fast foodach, gdzie spożycie odbywa się nieraz w tempie zupełnie ekspresowym, w dodatku przy akompaniamencie co chwila dzwoniących komórek. Tymczasem osoby, które jedzą w pośpiechu (nie wspominam już nawet o tym, że nieregularnie), czynią tym sobie wielką krzywdę zdrowotną. Ich pożywienie jest wówczas bowiem niedokładnie pogryzione i przeżute, a organizm nie daje sobie rady z procesami trawiennymi. W efekcie pokarm nadmiernie fermentuje (w czym „pomagają” również pite przy tym zazwyczaj napoje gazowane czy też piwo) i zalega w jelitach. Z kolei zalegający stolec jest wydalany rzadko i z trudnością.

Jedną z przyczyn zaparc jest również to, że pomiędzy posiłkami pijemy za mało wody (a powinniśmy pić 2,5–3 litry dziennie). Kał jest wówczas twardy i zbity w grudki, ponieważ organizm potrzebując płynów, wchłania je właśnie z jelita grubego.

Kolejną przyczyną zaparc jest tzw. hipokineza, czyli mówiąc po prostu, brak ruchu wynikający z siedzącego trybu życia. Mało poruszamy się, mało chodzimy, co powoduje, że podobnie jak inne organy, także nasz system trawienny źle funkcjonuje.

No i to, co dziś jest chyba najgorsze: stres, stres i jeszcze raz stres!

Pomijając już przyczyny dietetyczne i stany zapalne, które muszą być leczone przyczynowo, rozróżniamy dwa rodzaje zapać:

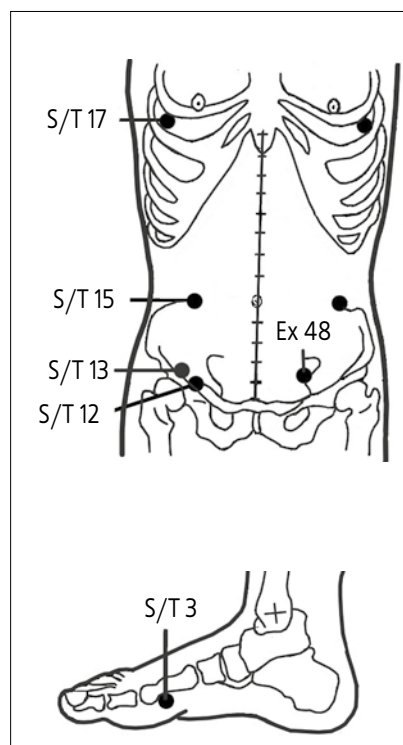
1. **spastyczne**, czyli skurczowe. Ich przyczyną są stany kurczowe jelita grubego, będące odruchem w zapaleniach narządów jamy brzusznej, w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy, kamicy żółciowej lub nerkowej, bolesne uszkodzenia odbytu, np. pęknięcie żyłaków odbytu (hemoroidów), guzy, zwężenia jelita lub jego procesy zapalne, wiek, ciąża. Istotną rolę odgrywają tu również stany napięć nerwowych.

Zaparcie spastyczne pojawia się przy przewadze aktywności układu nerwowego współczulnego.

Objawami jego są wzdęcia, tępe bóle w jamie brzusznej, brak apetytu, odczucie niesmaku w ustach oraz oddawanie stolca cienkiego lub w postaci małych grudek. Niekiedy przy defekacji odczuwany jest ból;

2. **atoniczne**, wynikające z osłabienia mięśni jelit. Są one przejawem nadczynności układu przywspółczulnego.

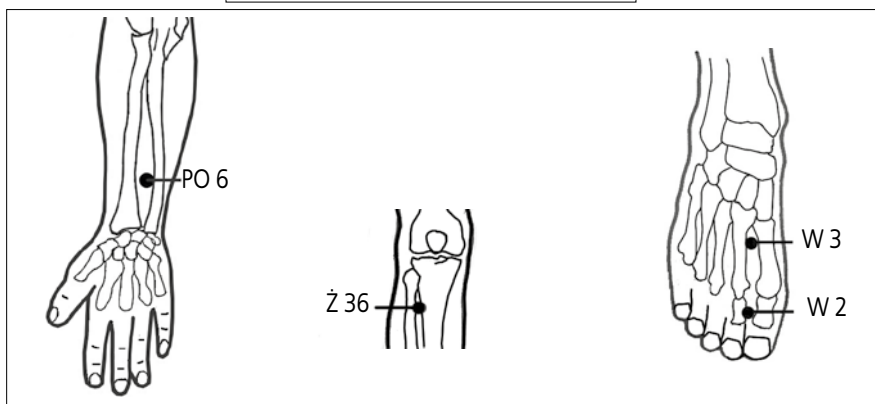
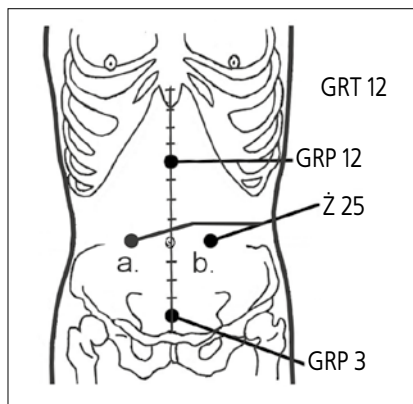
Przyczynami jego mogą być: nieodpowiedni skład pożywienia, powstrzymywanie odruchów defekacji z przyczyn sytuacyjnych, nadużywanie leków przeczyszczających i lewatyw (chory nie może bez nich już oddać stolca) oraz siedzący tryb życia.



Co za tym idzie, program terapeutyczny musi być również zróżnicowany. Dzieli się on na 3 grupy punktów, jako że jest to program zdecydowanie akupresurowy: pierwsza z nich jest stosowana zawsze, tzn. w każdym przypadku, druga stosowana jest w zaparciach spastycznych, trzecia zaś w atonicznych.

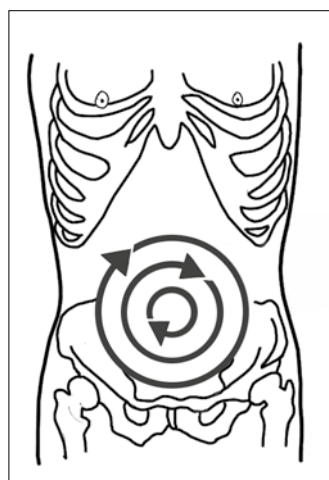
Do grupy pierwszej, a zatem ogólnej, należą przede wszystkim punkty meridianu śledziony/trzustki, a mianowicie S/T 3 leżący w zagłębieniu pod główką dalszą pierwszej kości śródstopia, a następnie masowane **po prawej stronie ciała** S/T 12, S/T 13, S/T 15 oraz S/T 17 znajdujący się w V przestrzeni międzyżebrowej, 6 cun od linii środkowej ciała, a dalej po lewej stronie, idąc w dół S/T 17, S/T 15, leżący 2,5 cun bocznie od GRP 3, czyli 1 cun (indywidualny) powyżej górnej krawędzi spojenia łonowego Ex 48, S/T 13 i S/T 12.

Grupę drugą, dodawaną do ogólnej w zaparciach spastycznych stanowią masowane w tej właśnie kolejności punkty **Ż 25a**, **GRP 12**, **Ż 25b** i **GRP 3**. Następnie masujemy leżący po stronie grzbietowej przedramienia, 3 cun powyżej linii zgięciowej nadgarstka **PO 6**, **Ż 36** oraz **W 2** i **W 3**.

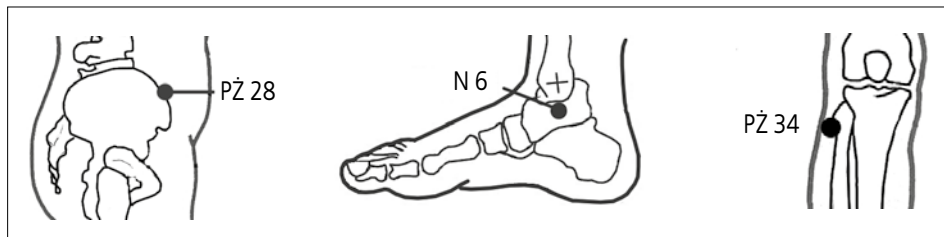


Grupa trzecia, stosowana dodatkowo do pierwszej w zaparciach atonicznych, to przede wszystkim masaż okrężny powłok brzusznych.

W tym celu układamy płaską dłoń na pępku i delikatnie, nie odrywając dłoni od skóry, wykonujemy 10 razy ruchy koliste zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Następnie przesuwamy rękę o szerokość dłoni powyżej pępka i znowu wykonujemy 10x ruchy koliste, teraz jednak przesuwając rękę po skórze. Następnie przesuwamy dłoń jeszcze dalej od pępka (znajduje się wówczas poniżej linii łączącej najniższe żebra) i powtarzamy 10x poprzedni ruch.



Z kolei przechodzimy do masażu punktowego, w którym korzystamy z mających charakter peryferyjny następujących punktów: **PŻ 28**, który leży 0,5 cun poniżej miejsca, gdzie krzyżują się linie przebiegające przez kołek biodrowy przedni górny (pionowa) i GRP 4 (pozioma), **N 6**, znajdujący się 1 cun poniżej kostki przyśrodkowej, oraz **PŻ 34**.



Drugim częstym zaburzeniem działania jelita grubego są **BIEGUNKI**.

Biegunka, czyli rozwolnienie, jest to wypróżnianie w postaci płynnej lub półpłynnej treści pokarmowej, powtarzające się wielokrotnie w ciągu doby, a związane zarówno ze wzmożoną czynnością ruchową jelit, jak i zaburzeniami trawienia i wchłaniania.

W wydalinach można przeważnie zaobserwować niestrawione cząstki pokarmowe.

Przyczyny biegunek mogą być różne:

- stres i emocje, a także inne czynniki psychiczne;
- błędy dietetyczne (w takim przypadku skorygowanie diety oraz reżym oszczędzający przez kilka dni plus ewentualnie stosowne napary czy też preparaty ziołowe zazwyczaj likwidują tę przykrą przypadłość);
- czynniki fizyczne, jak oziębienie, przegrzanie, spożywanie pokarmów o niewłaściwej temperaturze (zarówno zbyt gorących, jak i za zimnych);
- drażniące jelita czynniki chemiczne – leki, toksyny spożywcze (pochodzące przeważnie z psujących się pokarmów);
- alergeny pokarmowe;
- infekcje bakteriami i wirusami, grzybami itp. (w naszym klimacie biegunki są najczęściej spowodowane infekcją wirusową, dlatego jeśli wykluczy się inne infekcje, nie ma sensu stosować antybiotyków czy też sulfonamidów). Tu należy w dwóch słowach wspomnieć o narastającej ilości przypadków tzw. grypy żołądkowej, czyli infekcji *rotawirusem*, a to aby nie lekceważyć objawów. Wirus ten atakuje głównie wiosną i zimą, wywołując, głównie u dzieci, gwałtowną biegunkę i wymioty (coraz częściej chorują również dorośli). Szczególnie narażone na zakażenie nim są dzieci od 6. miesiąca do 2. roku życia. Najłatwiej się zarazić w dużej grupie rówieśników, w żłobku czy

przedszkolu. Wystarczy, by dziecko chore lub takie, które niedawno miało biegunkę, nie umyło rąk po wyjściu z toalety.

Na początku choroby dziecko zwykle ma podwyższoną temperaturę (ok. 38°C). Potem następują gwałtowne wymioty i biegunka – nawet ponad 10 stolców na dobę. Są one luźne, wodniste, zielonożółte, tryskające i poza zupełnie wyjątkowymi sytuacjami nie zawierają krwi ani śluzu. Dziecko traci ogromne ilości płynów i elektrolitów, staje się słabe, sennie.

Leczenie takiego dziecka wymaga natychmiastowej interwencji pediatry, przeważnie także pobytu w szpitalu, jako że konieczne jest dożylnie podanie elektrolitów w kroplówce. Pobyt w szpitalu trwa zazwyczaj kilka dni do czasu, gdy stan dziecka na tyle się poprawi, że będzie mogło normalnie pić i jeść.

Należy pamiętać również, że rotawirusy wnikają w komórki nabłonka jelit i nie tylko je uszkadzają, ale znikają dopiero wtedy, gdy wszystkie zakażone komórki nabłonkowe złuszczą się i zostaną wydalone z kałem. Dlatego od momentu ustąpienia biegunki mija zwykle jeszcze około 7 dni, nim zakażone rotawirusem dziecko przestanie go rozsiewać.

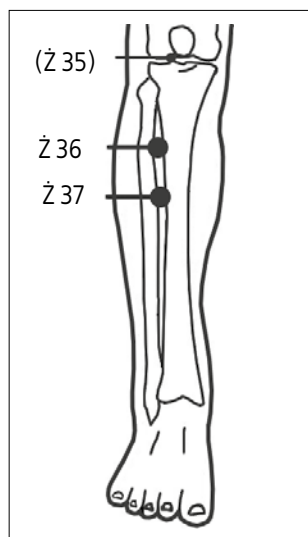
Biegunki możemy podzielić na dwie podstawowe grupy:

- pochodzenia ośrodkowego, w których pobudzenie ośrodka nerwu błędnego, czyli tzw. parasympatykotonia, powoduje wzmożoną perystaltykę jelit. Jest to przeważnie tzw. biegunka emocjonalna.
- pochodzenia obwodowego, czyli te, w których podrażnienie zakończeń czuciowych (sensorycznych) w błonie śluzowej jelit, wywołuje wyzwolenie odruchów ruchowych (motorycznych) i śródściennych za pośrednictwem nerwu błędnego, co z kolei powoduje wzmożenie perystaltyki jelit, a w efekcie biegunkę.

Stosowane przez lekarza leki przeciwbiegunkowe powodują zwykle zahamowanie nadmiernych ruchów perystaltycznych jelit i przedłużają czas przebywania pokarmów w przewodzie pokarmowym. Niektóre z nich mają także działanie hamujące rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych (np. sulfonamidy, antybiotyki), przeciwpasożytnicze, przeciwzapalne i wchłaniające.

Osoby chorujące na biegunkę powinny także wypijać duże ilości wód mineralnych, jako że szybko uzupełniają one niedobory elektrolitowe. Korzystne jest również picie roztworu glukozy, która wzmacnia wchłanianie sodu i wody z jelit do krwi.

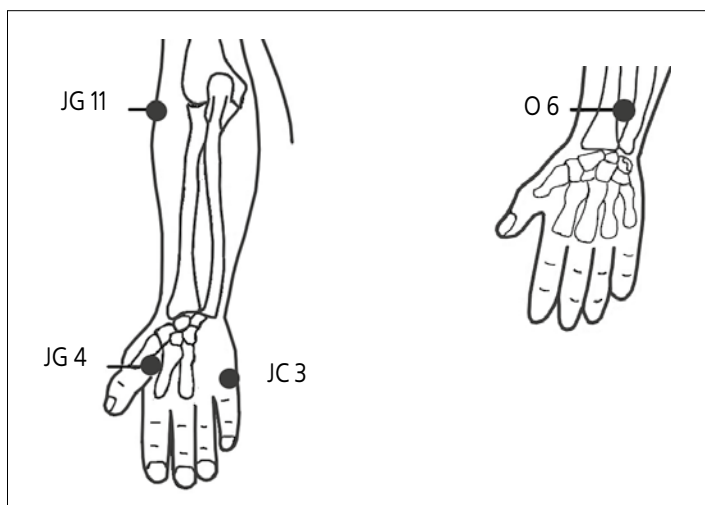
Obecnie coraz częstszą przyczyną tego schorzenia stają się jednak zaburzenia nerwicowe. I właśnie w takich przypadkach stosowanie masażu chińskiego, a mówiąc dokładniej punktowego, może być szczególnie skuteczne (jak wiado-

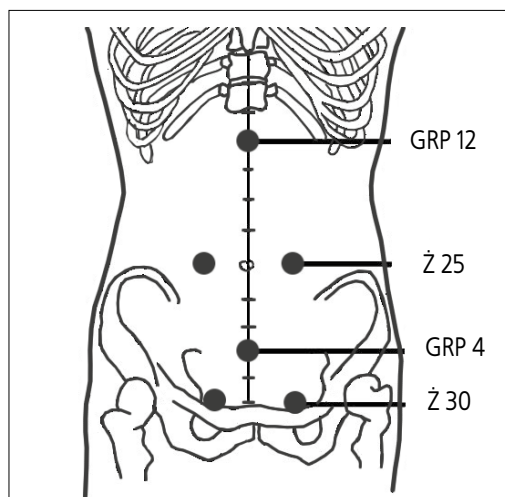


mo, masaż nie skoryguje diety, a i w przypadku infekcji jego skuteczność jest praktycznie żadna).

Rozpoczynamy zawsze od punktów peryferyjnych, w tym przypadku leżących na kończynach dolnych. Są nimi **Ż 36**, oraz leżący 3 cun poniżej niego i 1 cun bocznie od grzebienia kości piszczelowej (lub, jeśli ktoś woli, 5 cun poniżej leżącego w szparze stawu kolanowego **Ż 35**) **Ż 37**. Punkty te uciskamy rytmicznie i dość mocno końcem palca środkowego.

W następnej kolejności uciskamy rytmicznie opuszką kciuka punkty na rękach, którymi są **JG 4**, **JG 11** oraz **O 6**.





Dopiero na końcu, kiedy wrażliwość jelit nieco się zmniejszy, przystępujemy do masażu punktów znajdujących się na brzuchu, którymi są w pierwszej kolejności **GRP 12** i **GRP 4**, a następnie uciskane jednocześnie z obydwóch stron **Ż 25** oraz **Ż 30**.

Stosujemy tu bardzo miękkie, długie (nieprzerywane) uciski (po 20x) kostką palca środkowego.

Trzecim ważnym schorzeniem jelita grubego jest **ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO (IBS)**. Dawniej był on znany w medycynie np. jako *spastyczne zapalenie okrężnicy* czy *czynnościowa choroba jelit*.

Schorzenie to należy na szczęście do tzw. chorób czynnościowych. Nie wywołuje zatem trwałych uszkodzeń jelita, nie skraca długości życia jak rak i nie jest przyczyną poważnych powikłań (np. krwawień) jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Tym niemniej, dla części osób objawy związane z IBS są przyczyną dużego stresu i uniemożliwiają im normalne życie. Objawami są ból brzucha, wzdęcia i zmiany w częstotliwości i konsystencji wydalania stolca. Innymi słowy mamy tu często do czynienia z **charakterystycznymi, niezwiązanymi z odżywianiem, naprzemiennymi objawami zaparc i rozwolnienia**. Wiele osób z objawami wskazującymi na tę chorobę w ogóle nie pojawia się jednak u lekarza, uważając je przeważnie właśnie za efekt błędów dietetycznych i ratując się środkami domowymi.

Geneza tej choroby jest dość skomplikowana. Wiadomo na przykład, że mięśnie okrężnicy u osób z zespołem jelita drażliwego zaczynają kurczyć się w odpowiedzi na nawet niewielki bodziec, tymczasem u osób zdrowych nasilenie tego bodźca musi być znacznie większe, aby wywołać skurcz. Mówimy zatem, że jelito osób z IBS jest **nadreaktywne**, czyli właśnie drażliwe. Objawy te wywoływane są również przez spożywanie niektórych pokarmów (np. czekolady, alkoholu,

produktów mlecznych), a także przez miesiączkę (a mówiąc dokładniej, przez związane z cyklem zmiany w poziomie hormonów).

Ważne jest to, że krew pojawiająca się w stolcu, gorączka, utrata wagi ciała czy utrzymujący się przewlekły ból brzucha nie są typowymi objawami IBS i należy wtedy szukać innej przyczyny.

O rozpoznaniu takich chorób, jak zespół jelita drażliwego mówimy, że dokonuje się je z wykluczenia. Oznacza to, że nie wystarczy tylko obecność typowych dla IBS objawów, aby postawić właściwą diagnozę. W tym celu należy również wykluczyć obecność innych, groźniejszych niż zespół jelita drażliwego chorób. Lekarz powinien więc zebrać sumienny wywiad i dokładnie zbadać chorego, co obejmuje także badania laboratoryjne, radiologiczne, a nawet endoskopiczne (kolonoskopia, czyli wziernikowanie jelita grubego).

Na szczęście, jak dotąd nie udowodniono związku IBS ani z chorobą zapalną jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego czyli choroba Crohna), ani z nowotworami (rak okrężnicy i odbytnicy). Dla części chorych nie jest to jednak zbyt pocieszające; cierpią oni na ciężką postać IBS, której objawy uniemożliwiają normalne funkcjonowanie. Odpowiednie postępowanie lecznicze przynosi u większości z nich zadowalające rezultaty.

W przypadku tego schorzenia, stosując masaż chiński jako terapię uzupełniającą, nie stosujemy masażu brzucha, ograniczając się do akupresury punktów peryferyjnych, którymi w tym przypadku będą na kończynach dolnych znane nam z poprzednich programów **W 2**, **W 3**, **Ż 40** i **Ż 36**, oraz na rękach **JG 4**, **JC 3** oraz **JG 11**.

Stosujemy tu również bardzo miękkie, długie uciski (po 20x) końcem kciuka lub większą główką pałeczki do masażu.

Choroby kobiece

Zaburzenia miesiączkowania

Zachodzący w organizmie kobiety cykl miesięczkowy jest wynikiem bardzo delikatnie wyważonego procesu wymiany informacji między częścią mózgu zwaną podwzgórzem, przysadką mózgową, jajnikami i macicą. Hormony wyprodukowane przez gruczoły dokrewne pełnią istotną funkcję nośnika informacji, zaś przenoszone w układzie krwionośnym wywierają wpływ na działanie tak odległych narządów, jak jajnik czy macica. Procesy te są wzajemnie od siebie zależne i powiązane ze sobą na drodze wzajemnych sprzężeń.

Dla uproszczenia zjawisk, jakie zachodzą w organizmie kobiety w sposób cykliczny, możemy wyróżnić trzy jego elementy składowe:

1. Cykl hormonalny

Podwzgórze jest niewielkim obszarem mózgu, w którym produkowany jest hormon *gonadoliberyna*, pobudzający przysadkę do wytworzenia dwóch kolejnych hormonów, a mianowicie *lutotropiny* i *folitropiny*, które z kolei wpływają na funkcjonowanie jajników. Wydzielanie gonadoliberyny jest sterowane na zasadzie sprzężenia zwrotnego, co polega na tym, że wysokie stężenia hormonów przysadki oraz jajnika hamują wydzielanie tego hormonu.

Podczas menstruacji zaczyna wzrastać poziom hormonu stymulującego jajnik do powstawania i rozwoju jednego lub większej ilości pęcherzyków Graafa, w których dojrzewa komórka jajowa. W odpowiedzi na to ścianki pęcherzyka wytwarzają estrogen, hormon żeński odpowiedzialny za zdolność kobiety do osiągnięcia podniecenia seksualnego i za rozwój drugorzędnych cech płciowych, tzn. macicy, jajowodów, narządów płciowych zewnętrznych oraz gruczołów mlekowych. W pewnym momencie zaczyna dominować jeden z pęcherzyków.

Po upływie pewnego czasu, przysadka mózgowa jednorazowo wytwarza wysoką dawkę hormonu inicjującego końcowe procesy dojrzewania komórki jajowej

i doprowadzającego po około trzydziestu godzinach od chwili jego wytworzenia do jajczkowania, czyli uwolnienia komórki jajowej. W tym momencie zaczynają się wytwarzać inne hormony, a mianowicie estrogeny oraz duże ilości progesteronu. Jeżeli dojdzie do zapłodnienia, tzw. ciało żółte nadal je produkuje. W przeciwnym przypadku ciało żółte zanika i przestaje wytwarzać hormony, a gwałtowny spadek ich poziomu w pewnym momencie stanowi z kolei sygnał dla przysadki mózgowej do rozpoczęcia produkcji, co tym samym zapoczątkowuje kolejny cykl.

2. Cykl jajnikowy

Noworodek płci żeńskiej po urodzeniu ma skończoną liczbę komórek jajowych, które stanowią zapas na całe przyszłe życie kobiety. Komórki te, otoczone warstwą tzw. komórek ziarnistych, określane są mianem pęcherzyków pierwotnych. Jest ich w przybliżeniu czterysta tysięcy, z których każdy zawiera jedną komórkę jajową.

Pod wpływem hormonu wydzielanego przez przysadkę mózgową dochodzi do pobudzenia wielu pęcherzyków w jajniku, które osiągając pewne zaawansowanie w rozwoju, wypełniają się płynem rozsuwającym komórki, co prowadzi do utworzenia jamy pęcherzyka. Część komórek tworzy tzw. wzgórek jajonośny wypuklający się do światła pęcherzyka, natomiast część odsuniętych od jaja komórek tworzy warstwę ziarnistą.

W pewnym momencie pęcherzyk znajdujący się w najbardziej zaawansowanym stadium rozwoju zaczyna dominować nad pozostałymi, które ulegają obumarciu, nie uwalniając znajdujące się wewnątrz nich komórki jajowej. Dominujący pęcherzyk wytwarza rosnące ilości estrogeny, co na drodze pośredniej inicjuje ostateczne fazy dojrzewania komórki jajowej, przygotowując ją do zapłodnienia. Jeśli po upływie ok. 12 dni nie otrzyma on informacji o zapłodnieniu i zapoczątkowaniu ciąży, zaprzestaje produkcji hormonów i przemienia się w ciało białawe, które stopniowo zanika, tworząc na powierzchni jajnika niewielką bliznę. W przypadku kiedy dojdzie do zapłodnienia, dochodzi do wzrostu produkcji hormonu, który stymuluje ciało żółte do niesłabnącej produkcji estrogeny i progesteronu, koniecznych dla utrzymania ciąży.

Pierwsza faza cyklu to faza menstruacyjna (krwawienie miesięczne) trwająca zwykle od 1 dnia krwawienia (1 dzień cyklu) do 5 dnia. Druga faza, zwana folikularną, czyli pęcherzykową (6–14 dzień cyklu), polega na dojrzewaniu pęcherzyków i trwa aż do chwili jajczkowania. Faza trzecia – lutealna, trwa od chwili jajczkowania do pojawienia się krwawienia miesięcznego (15–28 dzień).

3. Cykl maciczny

Wnętrze jamy macicy wyściela warstwa błony śluzowej zwana endometrium, o grubości około pół centymetra. W czasie trwania cyklu miesięczkowego podlega ona charakterystycznym zmianom.

W fazie początkowej cyklu endometrium reaguje na zwiększony poziom estrogenu wzrostem i pogrubieniem tkanek. W chwili jajeczkowania, kiedy dochodzi do wzrostu poziomu progesteronu, zachodzą w nim przemiany przygotowujące do przyjęcia zapłodnionej komórki jajowej, polegające na wydzielaniu przez gruczoły endometrialne płynu, którym odżywia się zarodek w ciągu pierwszych trzech dni spędzonych w macicy, zanim zagnieździ się w błonie endometrialnej. Faza ta określana jest mianem fazy wydzielniczej. Jeśli nie dojdzie do zapłodnienia, po około dwunastu dniach ustaje produkcja estrogenu i progesteronu przez ciało żółte, w wyniku czego rozpoczyna się aktywność menstruacyjna, w czasie której następuje wydalenie złuszczonych tkanek zbędnej błony śluzowej macicy.

Zaburzenia cyklu miesięczkowego występują u kobiet dość często, przy czym należy wyróżnić kilka ich rodzajów.

Pierwszym z nich jest **bolesne miesięczkowanie** – bóle pojawiają się przed miesiączką lub na jej początku – częściej u kobiet, które dotąd nie rodziły. W przypadku silnego bólu niekiedy jest potrzebna pomoc lekarska, jako że przyczyną zaburzenia mogą być poważne schorzenia, jak mięśniaki, stany zapalne przydatków, tyłozgięcie macicy, zrosty pozapalne, jak też np. zaburzenia pracy jelit czy kamica dróg moczowych.

Zatrzymanie miesiączki najczęściej związane jest z ciążą, mogą istnieć jednak również inne jego przyczyny, takie jak nagłe zmiany w wadze (głównie szybkie odchudzanie), odstawienie tabletek antykoncepcyjnych, menopauza, nowotwory, cysty lub guzy na jajnikach, a także inne schorzenia narządu rodowego.

Kolejnym zaburzeniem jest **bardzo obfite miesięczkowanie** – krwawienia z dużą ilością czerwonej krwi i skrzepami. Mogą one być cechą osobową, ale mogą też być spowodowane przez poważne zaburzenia. Przyczynami ich mogą być np. poronienia, polipy, mięśniaki macicy, rak szyjki lub trzonu macicy, niedoczynność tarczycy, a także zakażenia macicy i jajowodów.

Krótkie, mało obfite krwawienia są normalne, jeśli pacjentka przyjmuje tabletki antykoncepcyjne, w pozostałych sytuacjach mogą być jednak spowodowane np.: niewydolnością jajników czy też nadczynnością tarczycy.

Ich przeciwieństwo, tzn. **miesięczkowanie regularne, lecz długie**, (od 7 do 14 dni) może się także wiązać z polipami lub mięśniakami, ale też z chorobami krwi, wątroby, nerek, niedoczynnością tarczycy oraz stanem zapalnym pochwy.

Nieregularne, długie cykle (powyżej 35 dni) spowodowane są najczęściej brakiem owulacji. Za takie zaburzenia odpowiadają przede wszystkim torbiele jajników oraz zaburzenia czynności tarczycy – zarówno niedoczynność, jak i nadczynność. Niekiedy spowodowane są również rozpoczynającą się menopauzą.

Plamienia między miesiączkami u części kobiet mogą być w okresie jajeczkowania czymś zupełnie normalnym. Nie należy jednak ich lekceważyć, jako że często są one objawem np. chorób przenoszonych drogą płciową, nowotworów narządów rodnych, schorzeń tarczycy i innych poważnych schorzeń.

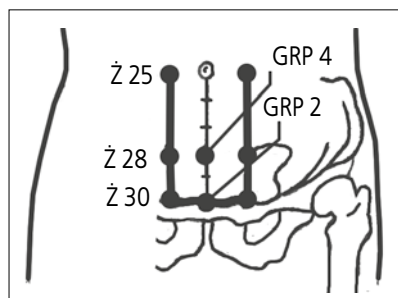
Ostatnim zaburzeniem, które należy tu wymienić, jest **napięcie przedmiesiączkowe**. Nazwą tą określa się zespół dolegliwości, które znacznie obniżają samopoczucie i wiążą się z takimi objawami, jak:

- zmiany skórne: trądzik, wypryski;
- zatrzymywanie wody, czyli przede wszystkim obrzęki, a także wzdęcia i ból brzucha;
- bóle piersi;
- ospałość, zmęczenie, drażliwość;
- dekoncentracja, zmienność nastrojów.

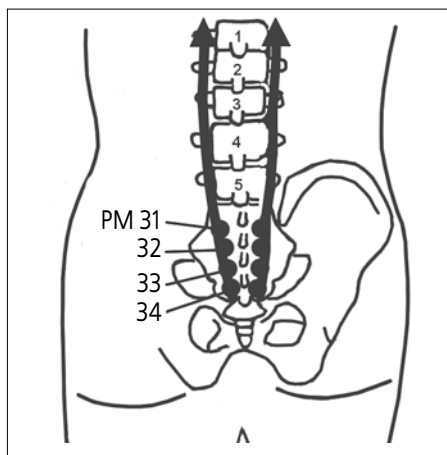
Dolegliwości te mogą wprawdzie znacznie nawet obniżyć komfort życiowy, nie są jednak niebezpieczne. Wszystkie wymienione nieprawidłowości muszą być oczywiście leczone przez ginekologa.

Zastosowanie masażu chińskiego bywa jednak bardzo pomocne w ustabilizowaniu wyników leczenia i zmniejszeniu bolesności, a także pozwala w wielu przypadkach, szczególnie u kobiet młodszych, uniknąć stosowania silnych środków hormonalnych. Łączymy tu masaż z klasyczną akupresurą.

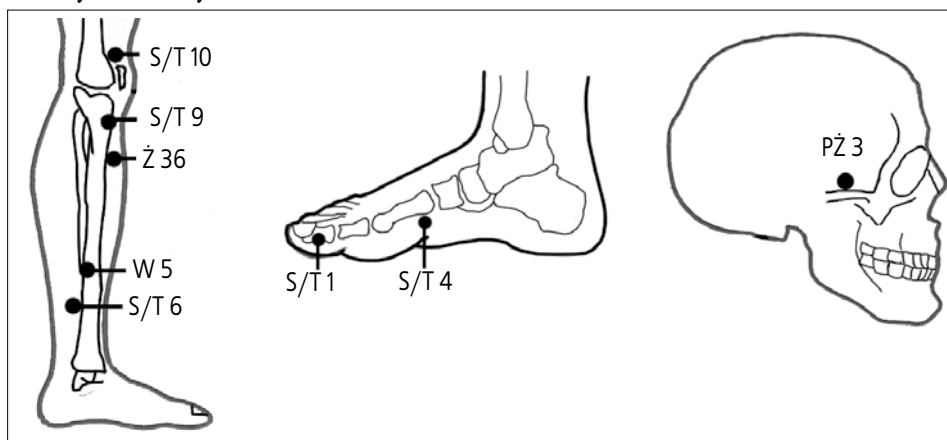
Najpierw wzdłuż meridianu żołądka techniką *chwytania 3 palcami* masujemy od Ż 25 przez Ż 28 (2 cun bocznie od GRP, 2 cun powyżej górnej krawędzi kości łonowej) do leżącego na tej krawędzi Ż 30, po czym techniką *rytmicznego uciskania* opuszką kciuka uciskamy punkty **GRP 4** i **GRP 2**.



W dalszej kolejności pacjentka kładzie się na brzuchu. Technika *chwytania 3 palcami i zwijania* (konieczne podłożenie wałka lub zwiniętego koca pod odcinek lędźwiowy) masujemy meridian PM od nasady krzyża do wysokości L1, przy czym jednocześnie techniką *rytmicznego uciskania* opuszką kciuka lub u osób bardziej „puszystych” uciskania kostką palca środkowego stymulujemy leżące nad I, II III i IV otworem kości krzyżowej punkty **PM 31, 32, 33 i 34**, a następnie techniką *ugniatania* palcami masujemy całą powierzchnię kości krzyżowej.



Teraz przechodzimy do akupresury. Wszystkie interesujące nas punkty znajdują się na kończynie dolnej, dzięki czemu pacjentka może sama ją wykonywać nawet 2 razy dziennie. Rytmicznym uciskaniem końcem palca masuje punkty meridianu śledziony/trzustki (licząc od dołu): **S/T 1, S/T 4**, najważniejszy z nich wszystkich **ST 6**, **S/T 9** i **S/T 10**, a także **W5**, **Ż 36**, **Ż 35** oraz na głowie niezwykle ważny **PŻ 3**.



UWAGA: akupresury nie wykonujemy w czasie menstruacji, a pomiędzy nimi!

ZABURZENIA LAKTACJI, czyli „produkcji pokarmu” mogą mieć bardzo różny charakter: od jego całkowitego zaniku, czy też, co częstsze, zbyt małej ilości, do nadmiernego, czy też zbyt długiego jego wydzielania. W niektórych kulturach nikt się zresztą tym nie przejmuje – matki potrafią karmić piersią nawet 3–4-letnie dzieci.

Najważniejszym problemem jest jednak niedobór pokarmu. Jest to problem bardzo częsty, pojawiający się przeważnie w pierwszych dniach po porodzie. Oczywiście mamy tu często do czynienia z obawami zupełnie niepotrzebnymi: przez pierwsze doby ilość pokarmu jest naprawdę niewielka, co jednak wcale nie oznacza, że nie jest ona dla dziecka wystarczająca. W pierwszych dniach życia jest to „wiele hałasu o nic”, jako że w większości przypadków dziecku podczas jednego karmienia wystarcza na początku około 10 ml mleka. Wiadomo również, że największy przypływ pokarmu następuje zazwyczaj dopiero około trzeciej doby po porodzie. Czasami na skutek nagłego obniżenia się poziomu prolaktyny – hormonu odpowiedzialnego za wytwarzanie pokarmu, może dojść do tzw. kryzysu laktacyjnego. Kryzys ten można pokonać poprzez częste i odpowiednie przystawianie dziecka do piersi. Przyczyną braku pokarmu może być również niedorozwój tkanki gruczołowej, zaburzenia hormonalne matki, a także stres czy po prostu przemęczenie matki przed porodem i po nim.

Upośledzony odruch ssania u dziecka, w szczególności u wcześniaków, może doprowadzić na drodze odruchowej (brak wystarczającej stymulacji brodawki) do ograniczonego wytwarzania pokarmu.

Także w przypadku dokarmiania, pojenia, czy też podawania dziecku smoczków, stymulacja brodawek sutkowych poprzez ssanie zostaje zaburzona, w efekcie czego organizm wytwarza pokarm w ilości niewystarczającej. Tylko częste ssanie piersi może przywrócić prawidłowy poziom hormonów i przełamać kryzys laktacyjny! Pamiętać należy, że dziecko w gruncie rzeczy woli „szybkie” karmienie przez smoczek i może nie mieć ochoty być karmione piersią.

Aby uzyskać ilość produkowanego pokarmu dostosowaną do potrzeb noworodka, należy przestrzegać pewnych zasad karmienia:

1. Dziecko należy przystawiać do piersi jak najczęściej, tzn. „na każde żądanie”.
2. Należy unikać dopajania (poza sytuacjami bezwzględnie tego wymagającymi, jak np. wielkie upały), dokarmiania oraz podawania dziecku smoczków uspokajających.
3. Po karmieniu należy odciągnąć pokarm do ostatniej kropli.
4. Dziecko należy przystawiać do piersi w taki sposób, aby obejmowało ustami całą brodawkę sutkową wraz z otoczką.

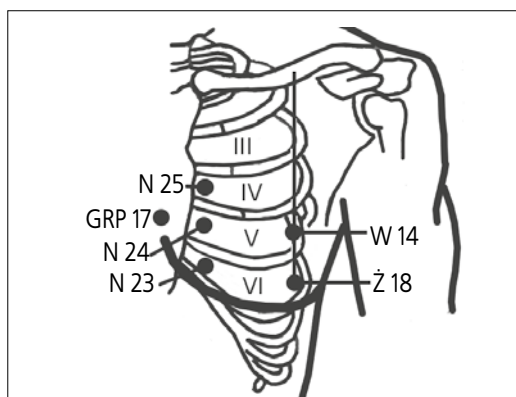
Warunkiem przywrócenia efektywnej laktacji jest przede wszystkim silna motywacja matki. Jeśli nie będzie ona **chciała** karmić – nie będzie!!

Ponadto należy usunąć wszelkie nieprawidłowości związane z karmieniem, poprawić stymulację gruczołów piersiowych poprzez karmienie w dzień co 1,5 godziny, zaś w nocy co 3, jak też podawanie obydwu piersi podczas jednego karmienia.

Można stosować środki ziołowe uznawane za mlekopędne (koper, anyżek, czarnuszka itp.).

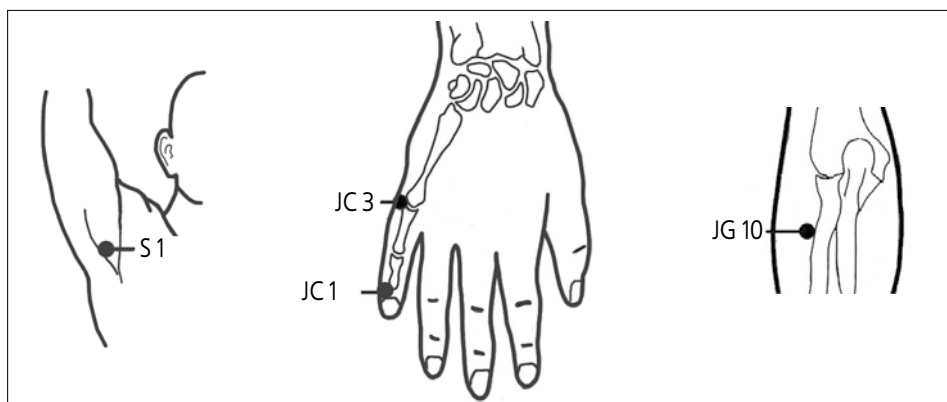
Jak się okazało, również różne techniki masażu, w tym masaż chiński, mogą laktację znacznie poprawić.

Typowy zabieg rozpoczyna się od rytmicznego uciskania w rytmie 5 sekundowym (tzn. ucisk przez 5 sek. i 5 sekundowa pauza) końcem palca lub kulistą końcówką pałeczki do masażu punktów na klatce piersiowej, którymi są **GRP 17**, leżący w V przestrzeni międzyżebrowej pod brodawką sutkową (u kobiet o dużym biuście na przecięciu się tej przestrzeni z linią pionową wychodzącą w połowie długości obojczyka), **Ż 18**, **W 14** oraz **N 23**, **N 24** i **N 25**. Musi być to wykonywane na tyle energicznie, aby wywoływać efekt odbicia, czyli De-Qi, zaś pałeczka powinna być zawsze skierowana w stronę sutka.

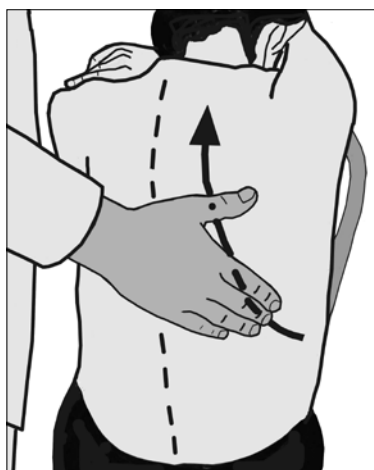
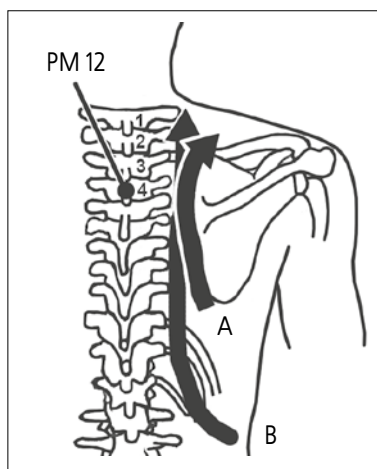


W następnej kolejności *wycieramy* 10x opuszką kciuka w kierunku od mostka na zewnątrz wzdłuż linii fałdu podsutkowego. Jeśli ma być to automasaż, położnica wykonuje go opuszką palca środkowego lub wskazującego. Następnie położnica kładzie dłoń na sutku tak, aby brodawka leżała dokładnie pod jej środkiem (oczywiście podkładając jałowy kompresik z gazy, aby uniknąć infekcji) i wykonuje przez 10 sekund bardzo delikatną, jednak jak najszybszą wibrację o bardzo małej amplitudzie (drżąca ręka). Zabieg ten powtarza oczywiście na obydwóch piersiach.

W dalszej kolejności w rytmie 2-sekundowym uciskamy po 10x opuszką kciuka punkt **S 1** (bardzo miękko i delikatnie) oraz pałeczką punkty na rękach: **JC 1** i **JC 3** oraz punkt **JG 10**.



Teraz przechodzimy na grzbiet. Uciskamy pałeczką 10x w rytmie 2-sekundowym leżący pod wierzchołkiem wyrostka kołczystego Th 3 punkt **GRT 12**, po czym po 10x z każdej strony ciągniemy (co oznacza, że nadgarstek znajduje się wyżej i „ciągnie” za palec) opuszką (nie końcem!) palca środkowego najpierw dokładnie wzdłuż wewnętrznych krawędzi łopatek (to bardzo ważne!) w kierunku z dołu do góry (A) tak, aby skóra się silnie zaczerwieniła, a następnie po 5x od dolnych żeber nieco bliżej kręgosłupa do nasady karku (B). Zabieg na poprawienie laktacji należy wykonywać w miarę możliwości 4–5 razy dziennie.



KLIMAKTERIUM to okres w życiu kobiety (przeważnie kilkunastoletni) charakteryzujący się stopniowym „wygaszaniem” działalności hormonalnej jajników. **Menopauzą** natomiast nazywamy ostatnią fizjologiczną menstruację, po której nastąpiła co najmniej półroczna, a nawet roczna przerwa bez zaistnienia oczywistych przyczyn, takich jak ciąża lub laktacja. Stopniowe zanikanie czynności jajników jest jednak procesem przebiegającym w czasie, a zatem klimakterium

należy interpretować bardziej jako stopniowe przejście niż izolowane zjawisko charakteryzowane przez ostatnie krwawienie miesięczne.

Menopauza występuje około 50 roku życia, z tolerancją ok. 5 lat w obydwie strony. Zaprzestanie miesiączkowania przed 45 rokiem życia jest określane jako menopauza **przedwczesna**, natomiast utrzymywanie się okresu po 55 roku życia traktować należy jako menopauzę **opóźnioną**.

Istnieje kilka koncepcji, które starają się wyjaśnić przyczyny występowania menopauzy. Należy jednak pamiętać, że same jajniki wytwarzają stosunkowo małe ilości hormonów, w tym przede wszystkim hormonów męskich (androgenów) oraz w mniejszym stopniu estrogenów i progesteronu. Ponieważ z wiekiem dochodzi do wygasania czynności jajników, przestają w nich dojrzewać komórki jajowe, jak też zmniejsza się cykliczna produkcja hormonów płciowych – estrogenów i progesteronu.

W początkowym okresie przekwitania na pierwszy plan wysuwa się zanikanie owulacji, co prowadzi do niewykształcania się ciała żółtego, a w efekcie do niedoboru progesteronu. Co ciekawe, w okresie tym, pomimo iż produkcja estrogenów jest obniżona, dominują jednak objawy charakterystyczne dla jego nadmiaru: zwiększa się częstość występowania zaburzeń miesiączkowania, mięśniaków macicy oraz zmian dysplastycznych w sutku (w tym guzków). Przez cały ten czas stopniowo zmniejsza się wytwarzanie estrogenów, co w efekcie prowadzi do wystąpienia typowych dla menopauzy objawów niedoboru estrogenu we krwi krążącej. To z kolei wpływa na narządy układu moczowo-płciowego, prowadząc do zanikania śluzówki pochwy i dróg moczowych. Zmiany te objawiają się jako dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego pod postacią suchości pochwy, braku śluzu szyjkowego, częstomoczu i bólu podczas oddawania moczu. Niedobór estrogenów jest również przyczyną obniżenia gęstości mineralnej kości, co prowadzi do osteoporozy. Wczesna interwencja w okresie menopauzy może zabezpieczyć przed rozwinieniem się tego schorzenia.

Sprawdzonym sposobem łagodzenia objawów związanych z menopauzą jest hormonalna terapia zastępcza, którą w Polsce stosuje około 400 tys. kobiet. Estrogeny przyjmowane w postaci hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po menopauzie działają w identyczny sposób jak naturalne. Największe korzyści przynosi rozpoczęcie HTZ we wczesnym okresie, przy czym aby zapobiec późnym następstwom menopauzy, takim jak rozwój osteoporozy czy chorób serca, konieczne jest stosowanie hormonalnej terapii zastępczej przez co najmniej 5 lat lub zgodnie z ostatnimi badaniami, tak długo, jak to możliwe.

U kobiet z zachowaną macicą zaleca się dodanie do leku estrogenowego preparatu zawierającego progestagen przynajmniej przez 10–12 dni w każdym cyklu,

jako że hamuje to nadmierny wzrost błony śluzowej macicy i ryzyko rozwoju raka błony śluzowej macicy. Wykazano, że w przypadku stosowania estrogenów z pochodnymi progesteronu ryzyko to jest nawet mniejsze niż u kobiet nieprzyjmujących hormonalnej terapii zastępczej (HTZ).

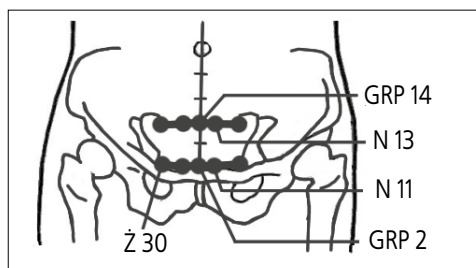
Wszystkie metody HTZ skutecznie łagodzą objawy klimakteryczne (uderzenia gorąca, zlewne poty, zaburzenia nastroju). Są również skuteczne w leczeniu dolegliwości moczowo-płciowych spowodowanych zmianami zanikowymi nabłonka oraz zapewniają ochronę przed osteoporozą i chorobami układu sercowo-naczyniowego. Istnieją sugestie, że HTZ zapobiega też rozwojowi choroby Alzheimera.

HTZ powinna być indywidualnie dobrana, po rozważeniu wskazań i przeciwwskazań i wykonaniu wszelkich potrzebnych badań dodatkowych. Nie należy jej stosować u kobiet, u których rozpoznano raka piersi, raka błony śluzowej macicy, krwawienia z dróg rodnych o niewyjaśnionej przyczynie, chorobę zakrzepowo-zatorową oraz niewydolność wątroby.

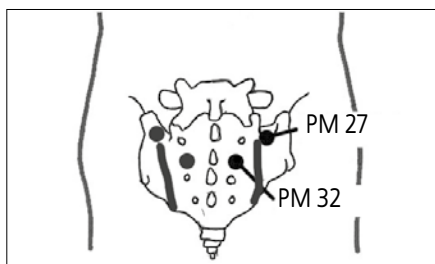
W objawowym leczeniu klimakterium stosuje się pomocniczo również metody fizjoterapeutyczne, w tym masaż chiński. Mają one wpływ na dolegliwości związane z okresem przekwitania, takie jak szумы w uszach, zawroty głowy, uderzenia gorąca, nadmierna nerwowość itp. Ponieważ nie wszystkie kobiety chcą korzystać z HTZ, niezależnie od stosowania środków roślinnych i homeopatycznych, mających jednak znaczenie zdecydowanie pomocnicze, można z dobrym skutkiem stosować następujące techniki:

Rozpoczynamy na brzuchu pacjentki, gdzie techniką *pstrykania* stymulujemy po 30 sekund dwie linie punktów. Pierwsza z nich jest położona na wysokości GRP 4 i składa się z punktów **GRP 4**, leżących 0,5 cun na zewnątrz punktów **N 13** oraz 1,5 cun dalej na zewnątrz punktów **Ż 28**.

Drugą linię stanowią punkty leżące na górnym brzegu kości łonowej: **GRP 2** oraz leżące 0,5 cun na zewnątrz **N 11** i dalej o 1,5 cun **Ż 30**.

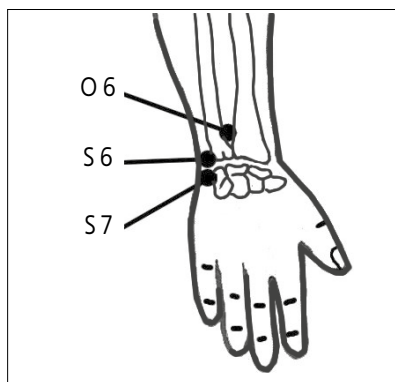
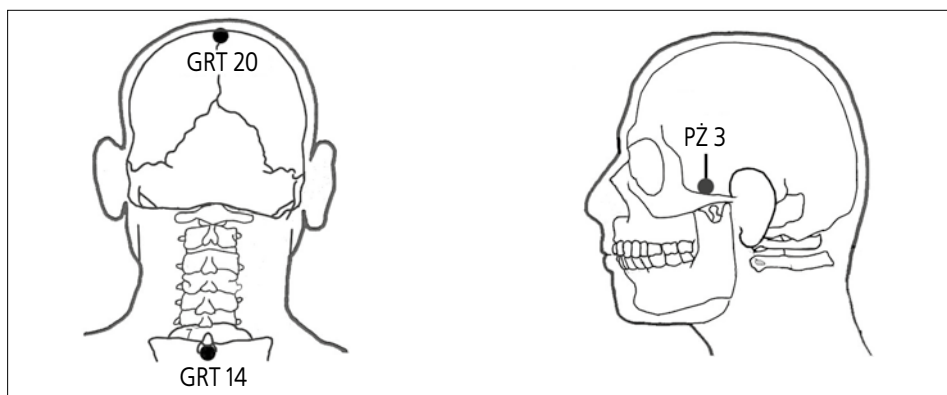


Po stronie grzbietowej *uciskamy rytmicznie* końcem kciuka punkty **PM 32** i **PM 27** oraz *wycieramy* od dołu ku górze linie leżące nad szparą stawów krzyżowo-biodrowych.

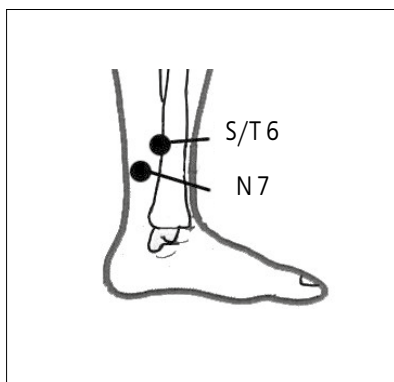


Ponadto stosujemy akupresurę następujących punktów:

- a) na głowie **GRT 20** (uciskamy rytmicznie płaską dłońią 10x), **PŻ 3** (uciskamy rytmicznie końcem palca środkowego 10x z obydwóch stron) oraz **GRT 14** (również ucisk końcem palca środkowego);



- b) na rękach **S 6**, **S 7** i **O 6** (ucisk opuszką kciuka każdy punkt po 10x);



- c) na kończynach dolnych **N 7** i **S/T 6** (ucisk opuszką kciuka po 10x każdy punkt).

Na tym kończę prezentację podstawowych programów masażu, moim zdaniem najważniejszych dla początkującego adepta tej sztuki. Sądzę, że na podstawie uzyskanej wiedzy osoby zainteresowane będą już w stanie tworzyć proste, niemniej skuteczne zestawy własne. Jeśli będziemy pamiętać o założeniach obowiązujących przy ich tworzeniu – omówionych we wcześniejszych rozdziałach – w prostych przypadkach powinniśmy dać sobie radę, a skomplikowane pozostawmy specjalistom!

I na zakończenie jeszcze raz przypominam: teoria teorią, ale masażu uczyć się należy pod kompetentną kontrolą fachowca. To się, mimo niewątpliwie związanych z tym kosztów, naprawdę opłaci!!

Literatura uzupełniająca w języku polskim

1. Bahr Frank R, *Akupresura*, PZWL, Warszawa 1988.
2. Breden Heidrun, Breden Horst-Georg, *100 metod samoleczenia w medycynie naturalnej*, ASTRUM, Wrocław 1999.
3. Brofman Martin, *Wszystko można uleczyć*, Studio Astropsychologii, Białystok 2006.
4. Bukowski Stefan, *Świadomy dotyk*, Studio Astropsychologii, Białystok 2003.
5. Drobner Zdzisław, *Zdrowotny masaż chiński dla każdego*, Agencja Wydawnicza „Comes”, Warszawa 1995.
6. Drobner Zdzisław, *Wprowadzenie do terapii czaszkowo-krzyżowej*, Wydawnictwo Rolewski, Nowa Wieś 2002.
7. Drobner Zdzisław, *Cztery proste masaże*, Studio Astropsychologii, Białystok 2003.
8. Garnuszewski Zbigniew, *Akupunktura we współczesnej medycynie*, Wydawnictwo AMBER sp. z o.o., Warszawa 1996.
9. Garnuszewski Zbigniew, *Renesans akupunktury*, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1988.
10. Ibrahimowa Walentyna S., *Masaż punktowy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990.
11. Jonas W.B., Levin J. S.(red.), *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*, Universitas, Kraków 2000.
12. Kasperczyk Tadeusz, Kmak Stanisław, *Masaż punktowy i inne metody re-fleksoterapii*, FHU „KASPER” s.c., Kraków 1995.
13. Kokot Franciszek (red.), *Choroby wewnętrzne*, PZWL, Warszawa 1991.
14. Kozłowski Bronisław, *Tradycyjna medycyna chińska. Diagnozowanie*, FP-W „Poligraf”, Wrocław 1996.
15. Kuchta Jarosław, *Miniatlas punktów akupunktury*, INFELMARK, Gdańsk 1997.
16. Kuang Hin, *Chiński masaż i akupresura*, PZWL, Warszawa 1992.

17. Kushi Michio, *Twoja twarz nigdy nie kłamie*, Polsimex, Warszawa 1991.
18. Lavery Sheila, Suulevan Karen i in., *Encyklopedia medycyny naturalnej*, PASCAL, Warszawa 1997.
19. Liwiński Oleg, *Diagnostyka pulsowa*, wyd. własne.
20. Maczeret E. L., Samosiuk I. Z., *Akupunktura i inne metody refleksoterapii*, PZWL, Warszawa 1990.
21. Magiera Leszek, *Leksykon masażu*, BIO-STYL, Kraków 2001.
22. Mercati Maria, *TUI NA krok po kroku*, Oficyna Wydawnicza „DELTA”, Warszawa.
23. Operacz Henryk, *Zasady Akupunktury*, Agencja Omnipress, Warszawa 1991.
24. Pálos Stephan, *Medycyna chińska*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 1996.
25. Pelletier Kenneth R., *Poradnik medycyny alternatywnej*, Świat Książki, Warszawa 2002.
26. Prusiński Antoni, *Podstawy neurologii klinicznej*, PZWL, Warszawa 1977.
27. Quignan Zeng, *Metody tradycyjnej chińskiej dbałości o zdrowie*, PZWL, Warszawa 1995.
28. Seremet Rafał, *Uzdrawianie mocą żywiołów*, Studio Astropsychologii, Białystok 2006.
29. Szcześniewski Mieczysław, *Podstawy akupunktury*, Zakład Wydawnictw Medycyny Naturalnej, Koszalin 1991.
30. Taubert A. W., *Klasyczny masaż chiński*, Oficyna Wydawnicza ABA, Warszawa 2000.
31. Trevelyan J., Booth B., *Medycyna niekonwencjonalna*, PZWL, Warszawa 1998.

Autor jest winny również wdzięczność wielu, niekiedy bezimiennym autorom różnojęzycznych, zazwyczaj bardzo cennych i niezwykle aktualnych wypowiedzi zamieszczonych w Internecie.

**Osoby zainteresowane uczestnictwem w prowadzonym
przez Autora kursie podstaw masażu chińskiego
proszone są o skorzystanie z informacji zawartych na stronie
www.zdzislawdrobner.w.pl**



ŚWIATOWE BESTSELLERY DLA CIEBIE – SPRAWDŹ:

www.wydawnictwovital.pl



NAJPROSTSZA, MIĘKKA TERAPIA MANUALNA KRĘGOSŁUPA...

Zdzisław Drobner



Miękka terapia manualna kręgosłupa jest łatwą techniką, pozwalającą pozbyć się wszelkich dolegliwości związanych z kręgosłupem. Jest niezwykle skuteczna, skierowana do osób początkujących w tej dziedzinie, jak również profesjonalnych terapeutów. Polega na masażu powięzi i uciskaniu odpowiednich punktów na ciele, docieraniu do źródła bólu oraz przywracaniu równowagi mięśniowo-powięziowej. W sposób bezpieczny i skuteczny eliminuje: bóle głowy i karku, schorzenia bioder oraz kończyn górnych i dolnych, bóle korzonkowe, rwę kulszową, wady postawy (np. skoliozy), dolegliwości migrenowe czy bóle stawów. Ponadto korzystnie wpływa na psychikę oraz samopoczucie, powodując pełne rozluźnienie i relaks. Dodatkowo przywraca sprawność fizyczną. Uwolnij swój kręgosłup od napięć.

GŁĘBOKI MASAŻ MOBILIZACYJNO- POWIĘZIOWY KRĘGOSŁUPA

Zdzisław Drobner



Czy kiedykolwiek odczuwałeś dyskomfort w okolicach łopatek, sztywność szyi i karku czy ból kręgosłupa? Zapewne nie raz. Czy wiesz jaki jest tego powód? Najczęściej wielogodzinne siedzenie przy komputerze, wady postawy ciała, a także stres. Jest jednak sposób na pozbycie się bólu, który Ci doskwiera i ogranicza zakres ruchów. Autor bestsellerów, chiropraktyk i osteopata, specjalista masażu chińskiego oraz terapii manualnej, prezentuje niezwykle skuteczną i bezbolesną terapię mięśniowo-powięziową, która nie tylko rozluźni Twoje ciało, ale przede wszystkim skutecznie i długotrwale usunie napięcia i dysfunkcje w obrębie tkanek miękkich, mięśni, ścięgien, więzadeł i powięzi. Zamiast objawów, wyeliminuj przyczynę bólu!

ZAMÓW JUŻ TERAZ  TO TAKIE PROSTE

www.vitalni24.pl tel. 85 654 78 35

[Kup książkę](#)



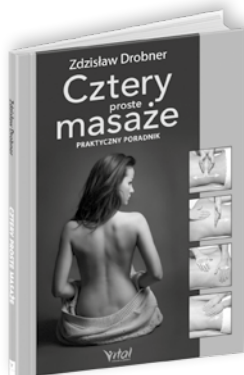
ŚWIATOWE BESTSELLERY DLA CIEBIE – SPRAWDŹ:

www.wydawnictwovital.pl



CZTERY PROSTE MASAŻE

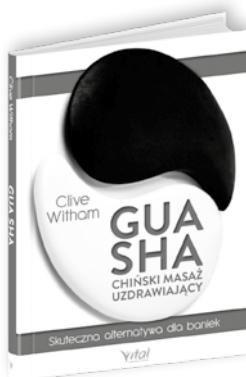
Zdzisław Drobner



Po całym dniu pracy i stresu, każdy z nas marzy, aby jak najszybciej się zrelaksować i odzyskać siły na kolejne obowiązki. Teraz będzie to łatwiejsze niż myślisz. Autorytet w dziedzinie masażu opracował i opisał techniki relaksacyjne. Do ich opanowania nie potrzebujesz więcej wiadomości teoretycznych. Poznasz zasady masażu relaksacyjnego „Żabka”, który przynosi szybką ulgę i rozluźnia mięśnie. Jest też formą masażu partnerskiego. Masaż według Rudolfa Breussa, z elementami bioenergoterapii, jest przeznaczony dla osób cierpiących na bolesne schorzenia kręgosłupa. Masaż 7 linii to część Tradycyjnego Masażu Chińskiego. Łagodzi i uśmierza bóle kręgosłupa. Prosty masaż indiański, ma działanie energetyczne, pomaga rozluźnić się i doładować. Głęboki relaks i odprężenie na co dzień.

GUA SHA - CHIŃSKI MASAŻ UZDRAWIAJĄCY

Clive Witham



Jest to pierwsza książka w języku polskim na temat starożytnej techniki terapeutycznej Gua Sha. Jest ona powszechnie stosowana w Azji przez praktyków Tradycyjnej Medycyny Chińskiej. Masaż polega na drapaniu skóry zaokrąglonym narzędziem. Dzięki tej książce nauczysz się samodzielnie korzystać z tej metody, która jest cenna w leczeniu bólu i problemów związanych z zaburzeniami ruchu. Zapobiega i eliminuje również choroby zakaźne. Badania wykazały, że Gua Sha stymuluje reakcje immunologiczne i przeciwzapalne, które utrzymują się przez wiele dni po kuracji. Ten poradnik zawiera ilustracje kluczowych punktów i kanałów stosowanych w medycynie Wschodu oraz jasno objaśnione techniki leczenia całego ciała, w tym twarzy. Wypróbuj Gua Sha na własnej skórze!

ZAMÓW JUŻ TERAZ  TO TAKIE PROSTE

www.vitalni24.pl tel. 85 654 78 35

[Kup książkę](#)



STUDIUM PSYCHOLOGII PSYCHOTRONICZNEJ

BIAŁYSTOK ☯ WARSZAWA ☯ CZĘSTOCHOWA



Wiesz, jak ważny jest dla Ciebie rozwój duchowy (osobisty).
Masz chęć pomagania sobie i innym.
Zależy Ci na pogłębieniu wiedzy,
którą zdobyłeś wcześniej z książek lub kursów.

Zapraszamy na kierunki:

- ✓ **TERAPIE NATURALNE**
- ✓ **PSYCHOLOGIA PSYCHOTRONICZNA**
- ✓ **MISTRZOWSKA SZTUKA WRÓŻENIA**
- ✓ **ODNOWA PSYCHOBIOLOGICZNA**

- Rozwiniesz intuicję, zdolność jasnowidzenia i nawiązywania kontaktów z duchowymi przewodnikami;
- Nauczysz się stosować w praktyce astrologię, numerologię, runy, Tarot, hipnozę;
- Otrzymasz z rąk mistrzów umiejętności korzystania z najważniejszych działów wiedzy ezoterycznej;
- Stworzysz zdrowe warunki życia dla siebie i swoich bliskich zgodnie z medycyną energetyczną i feng shui;
- Poznasz nowych, wspaniałych ludzi, którzy idą podobną DROGĄ.

Twój czas na rozwój!

www.studiumzycia.pl, tel. 609 602 624

15-762 Białystok, ul. Antoniuk Fabryczny 55/19

Warszawa tel. 601 334 441, Częstochowa tel. 500 280 080

[Kup książkę](#)



Vitalni24.pl
SKLEP ZE ZDROWIEM



ZDROWIE • ENERGIA • WITALNOŚĆ

Medycyna naturalna

Zioła, nalewki

Książki o zdrowiu i odchudzaniu

Publikacje o zdrowym odżywianiu

Lampy solne, dyfuzory

Produkty prozdrowotne

E-booki i audiobooki

PROMOCJE | ATRAKCYJNE CENY
SZYBKA DOSTAWA | UNIKALNA OFERTA

Zdobądź własny klucz do zdrowia

www.vitalni24.pl
tel. 85 654 78 35

[Kup książkę](#)



Patroni:



Zdzisław Drobner – mistrz chiropraktyki, autor m.in. bestsellerowej książki „Cztery proste masaże”. Jest jednym z najdłużej działających, najbardziej doświadczonych i znanych w Polsce terapeutów manualnych i biomasażystów. Masażu chińskiego uczył się od doktora Alexandra Chao-Lai Menga, profesora Zhang Qiu Cai i docenta Wang Wei.

Odkryj sekrety starożytnego masażu chińskiego Tui-Na i naucz się go stosować w swojej codziennej pracy terapeutycznej

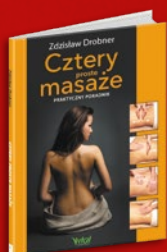
Książka ta przybliży zasady stosowania masażu Tui-Na, który już od wielu lat jest praktykowany jako skuteczny sposób na wiele powszechnych dolegliwości. Bogaty materiał ilustracyjny, przystępny język i przejrzysty układ sprawiają, że skorzystają z niej zarówno doświadczeni masażyści, jak i miłośnicy medycyny chińskiej, którzy chcieliby zgłębić podstawy tej zdobywającej coraz większą popularność metody. Książka łączy najważniejsze elementy medycyny chińskiej z medycyną Zachodu, dostarczając w ten sposób wszechstronnej i profesjonalnej wiedzy.

Dzięki tej książce:

- poznasz teoretyczne podstawy tradycyjnego masażu chińskiego Tui-Na;
- dowiesz się, jak zlokalizować meridiany i najważniejsze punkty energetyczne;
- nauczysz się stosować skuteczne techniki masażu, zarówno oddziałujące na pojedyncze punkty, jak i na większe obszary;
- będziesz wiedział, jak w praktyce użyć metody – sedatywnej, tonizującej i harmonizującej;
- skorzystasz z gotowych programów terapeutycznych, które sprawdzają się w przypadku leczenia rwy barkowej i kulszowej, neuralgii międzyżebrowej, urazów stawów kolanowych, łagodzenia bólów głowy, krzyża i kolan, eliminowania infekcji dróg oddechowych czy problemów z układem trawiennym;
- otrzymasz praktyczne wskazówki, które wzbogacą twój warsztat terapeuty.

Prosty i bezpieczny masaż Tui-Na na wiele dolegliwości!

Polecamy:



Kup książkę