Szkoła Akupunktury Tradycyjnej

im. Michała Boyma

www.akupunktura.edu.pl

PRACA DYPLOMOWA

Zastosowanie akupunktury

(LI 4, Bl 11, Bl 60, TH 23, Du 20)

w leczeniu bólów głowy

lek. med. Przemysław Sempiński

Nadzór nad pracą

dr n. med. Henryk Dyczek

Bydgoszcz 2016

SPIS TREŚCI

1. Wstęp ... 3
1.1. Bóle głowy ... 5
1.1.1. Etiologia i mechanizm ... 5
1.1.2. Ocena kliniczna ... 8
1.1.3. Leczenie konwencjonalne ... 12
1.2. Akupunktura ... 13
1.2.1. Rys historyczny ... 13
1.2.2. Mechanizm przeciwbólowego działania akupunktury ... 14
1.2.3. Metody akupunktury stosowane w leczeniu bólów głowy ... 17
1.2.4. Punkty akupunkturowe stymulowane w terapii bólów głowy ... 20
2. Metodyka ... 25
2.1. Materiał badany ... 25
2.1.1. Przedmiot i cel badań ... 25
2.1.2. Zmienne i wskaźniki ... 26
2.2. Metodologia badań ... 26
2.2.1. Metody i techniki ... 26
3. Wnioski ... 28
3.1. Wyniki badań ... 28
3.1. Wnioski z przeprowadzonych badań ... 37
4. Dyskusja ... 38
5.1. Opracowania zwarte ... 39
5.2. Opracowania w wydawnictwach ciągłych ... 39
5.3. Źródła niepublikowane ... 40
5.4. Źródła elektroniczne ... 40
6. Spis tabel ... 41

7. Spis rycin 41
8. Spis wykresów 42
9. Załączniki 43

1. Wstęp

We współczesnym świecie człowiek poszukuje harmonii między tradycją – tym co sprawdzone zostało wiele lat wstecz – oraz postępem technologii. Poszukuje również równowagi we własnym organizmie, którą zaburzać może jeden z wielu czynników jakim jest ból. Ból jest jednym z elementów reprezentujących chorobę, która w swym wielowymiarowym procesie wywiera wpływ na zachowanie całościowego ładu w ciele ludzkim[1]. Pojmowanie procesów i zaburzeń zachodzących w organizmie zależne jest od rozpatrywania człowieka pod kątem holistycznym. Dla takiego podejścia niezbędna jest świadomość, że człowiek, biorąc pod uwagę zagadnienie zdrowia i choroby, funkcjonuje w trzech aspektach – biologicznym, psychicznym i socjalnym[2].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organisation*) pojęcie zdrowie z roku 1984, to nie tylko zupełny brak choroby, ale także stan dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego[3]. Holizm zaś jest terminem głoszącym, iż świat jest całością, której nie sposób sprowadzić do sumy część, a zjawiska są zbiorem układów[4]. Dlatego też człowiek jako część otaczającego nas świata jest zarówno jego suma składową, jak i sam w sobie nierozerwalnie łączy każdą sferę.

Mędrcy pochodzący z dalekiej Azji, twierdzili, iż człowiek, któremu nie doskwiera choroba, znajduje się w stanie równowagi, zaś każde jej naruszenie jest przyczyną wszelakich schorzeń[5].

W dzisiejszych czasach medycyna konwencjonalna (naukowa) oraz niekonwencjonalna współistnieją ze sobą. Medycyna niekonwencjonalna, której składową jest akupunktura, stawia sobie za cel pobudzanie naturalnych sił organizmu, korzystając przy tym ze środków występujących w środowisku naturalnym, ze szczególnym uwzględnieniem całościowego podejścia do człowieka – od diagnostyki do podjęcia terapii[6].

Zasady medycyny tradycyjnej odnoszą się do twierdzenia, iż warunkiem zachowania zdrowia człowieka jest zachowana równowaga pomiędzy Yin i Yang (energia Chi).

---

[1] H. Dyczek, *Rola akupunktury 5-elementowej w regulowaniu „metabolizmu emocjonalnego" ustroju człowieka*. I Międzynarodowa Konferencja Akupunktury Tradycyjnej, Bydgoszcz 2013.
[2] J.W. Guzek, *Patofizjologia człowieka w zarysie*, Warszawa 2005, s.59-60.
[3] *Współczesna definicja zdrowia WHO*, http://www.seremet.org/who_zdrowie.html, z dnia 10.03.2016r.
[4] *Holizm*, Słownik Języka Polskiego PWN, http://sjp.pwn.pl/sjp/holizm;2560673.html, [Dostęp: 10.03.2016r.].
[5] E. Kajdański, *Medycyna chińska dla każdego*, Kraków 2011 r., s. 37.
[6] J. Żórawska, A. Morawski, J. Trnka, A. Steciwko, Aspekty bioetyczne medycyny niekonwencjonalnej w praktyce lekarza rodzinnego, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica* nr30/2003, s.144.

W przypadku nadmiaru lub niedoboru jednej z tych sił, dochodzi do przewagi jednej z nich nad drugą. Kiedy przeważa Yin nad Yang, organizm znajduje się w tzw. stanie Xu – co przejawia się osłabieniem, niedoczynnością narządów lub układów. Natomiast jeśli siła Yang jest tą przeważającą, wtedy organizm znajduje się w stanie Shi – co doprowadza do wzmożonej czynności oraz wzrostu napięcia[7].

Chorób, które mogą powodować występowanie zjawiska, jakim są bóle głowy, może być wiele. Podstawą działania jest odpowiednie sklasyfikowanie i terapia. Bóle głowy obecnie należą do najczęstszych przyczyn zgłaszania się pacjentów do neurologów, co nasuwa myśl, iż głębsze poznanie istoty i podjęcie poszukiwania nowych rozwiązań tego problemu jest rzeczą, która korzystnie wpłynie na poprawę jakości życia wielu ludzi[8,9].

Bóle głowy, obok wielu innych dolegliwości, znajdują się na liście opublikowanej przez WHO, gdzie zaleca się stosowanie akupunktury, ze względu na osiąganie pozytywnych skutków terapeutycznych w badanach klinicznych[10].

---

[7] H. Operacz, *Leczenie akupunkturą*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 94.
[8]M.S. Linet, D.D. Celentano, W.F. Stewart, *Headache characteristics associated with physicianconsultation: a population-based survey*. Am J Prev Med 1991; 7,: s. 40–46.
[9] J. Pascual, O. Combarros, C. Leno, J.M. Polo, M. Rebollo, J. Berciano, *Distribution of headache by diagnosis as the reason for neurologic consultation*. Med Clin 1995; 104, s. 161–164.
[10] World Health Organisation, *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials*, Geneva: World Healt Organisation 2002, s. 2.
http://www.who.int/iris/handle/10665/42414#sthash.TVXIZlzE.dpuf, [Dostęp: 10.03.2016r.].

1.1. Bóle głowy

1.1.1. Etiologia i mechanizm

Biorąc pod uwagę aspekt kliniczny, Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy wyróżniło ponad sto postaci bólów głowy, które podzielono na 14 grup. Obecnie stosuje się podział na bóle głowy pierwotne oraz wtórne.

Do bólów głowy pierwotnych zalicza się takie, których sam ból jest głównym objawem, wtórne zaś są wywoływane przez konkretne jednostki chorobowe lub uszkodzenia w organizmie[11].

Tabela 1.1.1.- 1. Bóle głowy pierwotne i wtórne. Podział wg. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ICHD-3)[12].

Pierwotne bóle głowy	Wtórne bóle głowy
Migreny	Bóle głowy przypisywane urazom głowy i szyi
Bóle głowy typu napięciowego	Bóle głowy przypisywane chorobom naczyń w obrębie głowy i szyi
Klasterowy ból głowy i inne trójdzielno-autonomiczne bóle głowy	Bóle głowy spowodowane zaburzeniami wewnątrzczaszkowymi innymi niż o podłożu naczyniowym
Inne pierwotne bóle głowy (kłujący, kaszlowy, wysiłkowy, związany z aktywnością seksualną, śródsenny, piorunujący)	Bóle głowy przypisywane działaniu substancji chemicznych lub reakcjom zachodzącym po ich odstawieniu
	Bole głowy spowodowane zakażeniami
	Bóle głowy spowodowane zmianami w obrębie mózgoczaszki i twarzoczaszki
	Bóle głowy przypisywane zaburzeniom homeostazy

[11] A. Prusiński, *Leczenie migreny i innych bólów głowy*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, s. 7-9.
[12] R.B Lipton., M.E. Bigal i wsp. Klasyfikacja samoistnych bólów głowy, Neurologiy wydanie polskie, 6/2004, s. 88.

Bóle głowy wywodzące się z zaburzeń psychicznych

Dolegliwością, jaką są bóle głowy, mogą być skutkiem drażnienia wielu struktur w jej obrębie. W przypadku samoistnych bólów głowy, jako główną przyczynę określa się nieumiarkowany skurcz lub rozkurcz naczyń krwionośnych, stres, przemęczenie, silne emocje, niedostateczna ilość snu, hałas lub nadchodzące zmiany aury[13].

Doznanie jakim jest ból, ma nie tylko wymiar fizyczny, ale również psychiczny. Każda jednostka odczuwa i przeżywa go w nieco odrębny sposób, ale zawsze wyróżnić można cechy charakterystyczne.

Ból jest zjawiskiem, który składa się z kilku etapów. Pierwszym etapem jest doznanie zmysłowe, drugim odczucie przykrości, trzecim etapem cierpienie, zaś czwartym behawioralna ekspresja bólu. Najmniejszym natężeniem źródła bólu, powodującym jego świadome odczuwanie nazywamy progiem bólu. Największe natężenie bólu, określane przez konkretną jednostkę jako „ból, który da się wytrzymać", nazywa się progiem tolerancji bólu. Zarówno próg bólu, jak i prób tolerancji bólu są zjawiskami zależnymi od wielu czynników, które mają na nie wpływ – zarówno te pozytywne, jak i negatywne[14],[15],[16].

[13] M. Klocek, M. Dereń, B. Balicka-Ślusarczyk i wsp., *Występowanie i lokalizacja bólów głowy u chorych na nadciśnienie tętnicze*, Arterial Hypertension 2011;15(2): s. 102-111.
[14] J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
[15] A. Przeklasa-Muszyńska, J. Dobrogowski., J. Wordliczek, *Patofizjologia bólu ostrego*. Terapia 2006; 11: s. 6-10.
[16] K. De Walden-Gałuszko, *Psychologiczne aspekty bólu*. Przewodnik Lekarski 2001; 4: s. 58-59.

SKŁADOWA SOMATYCZNA

- wrażenie zmysłowe:
  1. wykrycie bodźca uszkadzającego (nocycepcja)
  2. sygnalizowanie obecności bodźca uszkadzającego
  3. percepcja bodźca uszkadzającego

SKŁADOWA PSYCHICZNA

- element emocjonalny i poznawczy:
  1. opracowanie informacjii sensorycznej
  2. reakcja organizmu na bodziec

SKŁADOWA BEHAWIORALNA

- zachowania podejmowane w celu łągodzenia lub usuwania bólu

Ryc. 1.1.1. - 1. Struktura bólu głowy[17].

Odczuwanie bólu jest prawidłową reakcją układu nerwowego na pobudzanie nocyceptorów obwodowych w wyniku urazu tkanek, rozszerzenia trzewi, uszkodzenia obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego bądź też innych czynników. Struktury, które odgrywają rolę w bólach głowy to:

a) Opona twarda i duże naczynia śródmózgowe,
b) Zakończenia obwodowe nerwu trójdzielnego, które zaopatrują te obszary,
c) Ogonowa część jądra trójdzielnego,
d) Układy znajdujące się w mózgu, które odbierają bodźce z receptorów nocyceptywnych nerwu trójdzielnego.

Zdolność do odbierania bodźców bólowych w obrębie czaszki wykazuje skóra głowy, tętnica oponowa środkowa, odcinki dużych tętnic zlokalizowane proksymalnie, zatoki opony twardej oraz sierp mózgu. Obszary takie jak wyściółka komór mózgowych, żyły opony miękkiej, większa część miąższu mózgu oraz splot naczyniówkowy, nie są wyposażone w zdolność wywoływania bólu[18].

[17] H. Rolka, E. Krajewska-Kułak, W. Kułak i wsp. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3), s. 178.
[18] P.J. Goadsby, N.H. Raskin, *Bóle głowy. Główne oznaki i objawy początkowe chorób*, s. 105-106. http://docplayer.pl/3204494-Bole-glowy-peter-j-goadsby-neil-h-raskin-rozdzial-15-bole-glowy.html, [Dostęp: 14.03.2016r.].

Tabela 1.1.1. – 2. Najczęstsze z przyczyn bólu głowy[19].

Pierwotny ból głowy		Wtórny ból głowy	
Napięciowy ból głowy	69%	Zakażenie ogólnoustrojowe	63%
Migrena	16%	Uraz głowy	4%
Idiopatyczny kłujący ból głowy	2%	Zaburzenia naczyniowe	1%
Wysiłkowy ból głowy	1%	Krwawienie podpajęczynówkowe	<1%
Klasterowy ból głowy	0,1%	Guz mózgu	0,1%

1.1.2. Ocena kliniczna

Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy (*Interntional Classification of Headache Disorders*) stworzyła klasyfikację, która służy jako niezbędne narzędzie do różnicowania bólów głowy w praktyce klinicznej. Obecnie stosuje się klasyfikację ICHD-3 (*The International Classification of Headache Disorders 3rd edition*) z 2013 roku[20].

Prowadząc diagnostykę bólu głowy, przyjmuje się, iż u chorego występuje jeden rodzaj bólu głowy. Jeśli zaś zachodzi podejrzenie o możliwości występowania więcej niż jednego typu, należy poddać ocenie osobno każdy z nich. W pierwszej kolejności należy poddać ocenie, czy ból występujący u pacjenta jest bólem pierwotnym czy bólem wtórnym.

Bóle głowy samoistny klasyfikuje się biorąc pod uwagę:

a) Średnią częstość występowania w miesiącu - <15 dni częstotliwość mala lub umiarkowana, >15 dni częstotliwość duża,
b) Średni czas trwania bólu głowy - <4 godzin dziennie oznacza krótko trwający ból, zaś >4 godzin dziennie długo trwający.

Bóle, które trwają długo, charakteryzujące się dużą częstotliwością specyficzne są dla migreny przewlekłej oraz bólu napięciowego przewlekłego. Bóle trwające długo, o częstotliwości małej lub umiarkowanej, różnicuje się pomiędzy migreną a bólem głowy typu

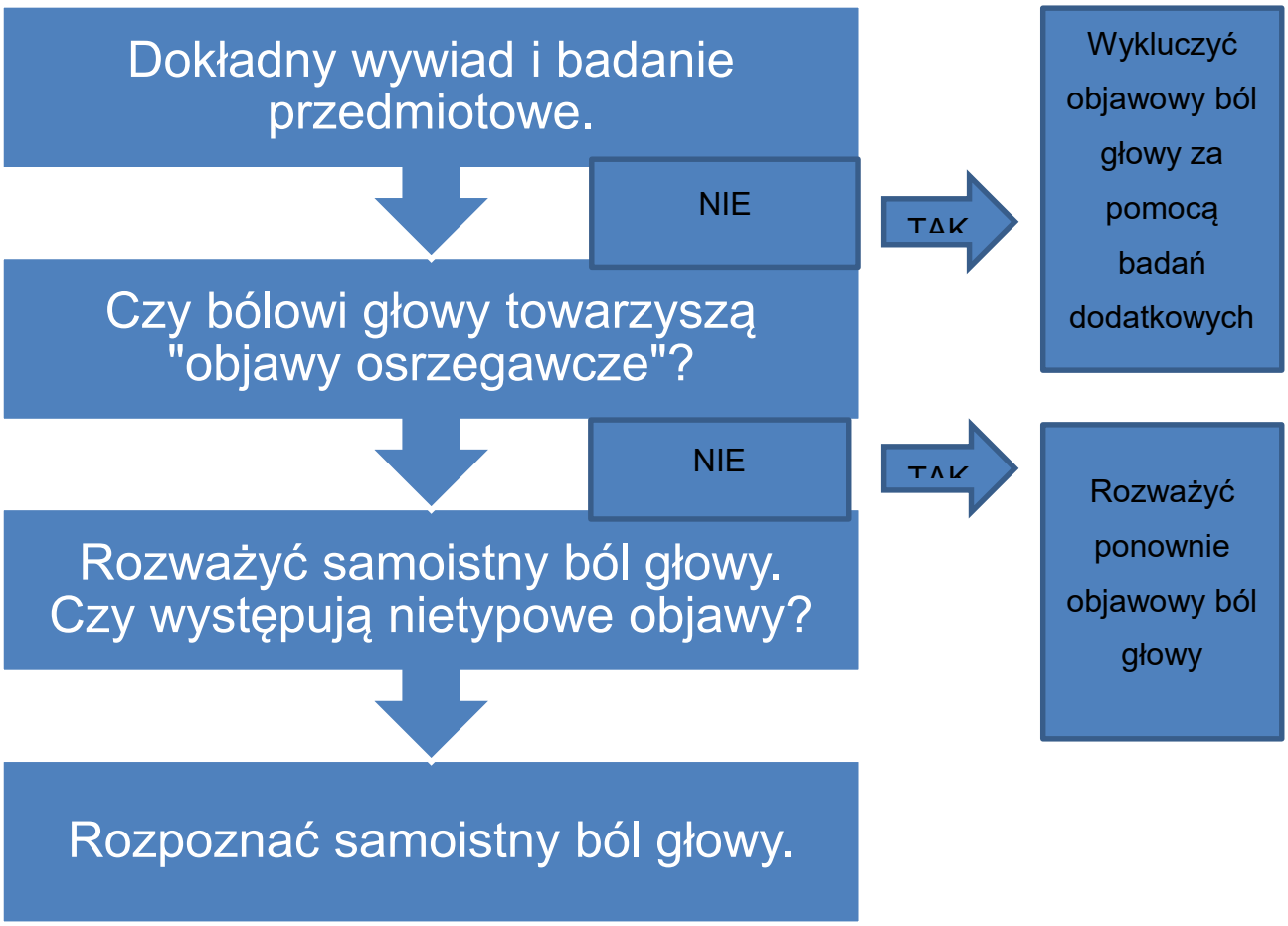
[19] J. Olesen i wsp.: *The Headaches*, Filadelfia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.
[20] Headache Classification Committee of the International Headache S.: *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. Cephalalgia 2013; 33: s. 629–808.

napięciowego epizodycznym.

Jeśli ma się do czynienia z bólami o krótkotrwałym nasileniu, o małej lub dużej częstotliwości, wymagane jest zweryfikowanie czy są one wywoływane przez m.in. parcie na stolec, wysiłek fizyczny, próbę Valsalvy, sen bądź aktywność seksualną – jeśli takowe składowe są czynnikami wywołującymi doznania bólowe, nazywa się je odpowiednio do bodźców wywołujących.

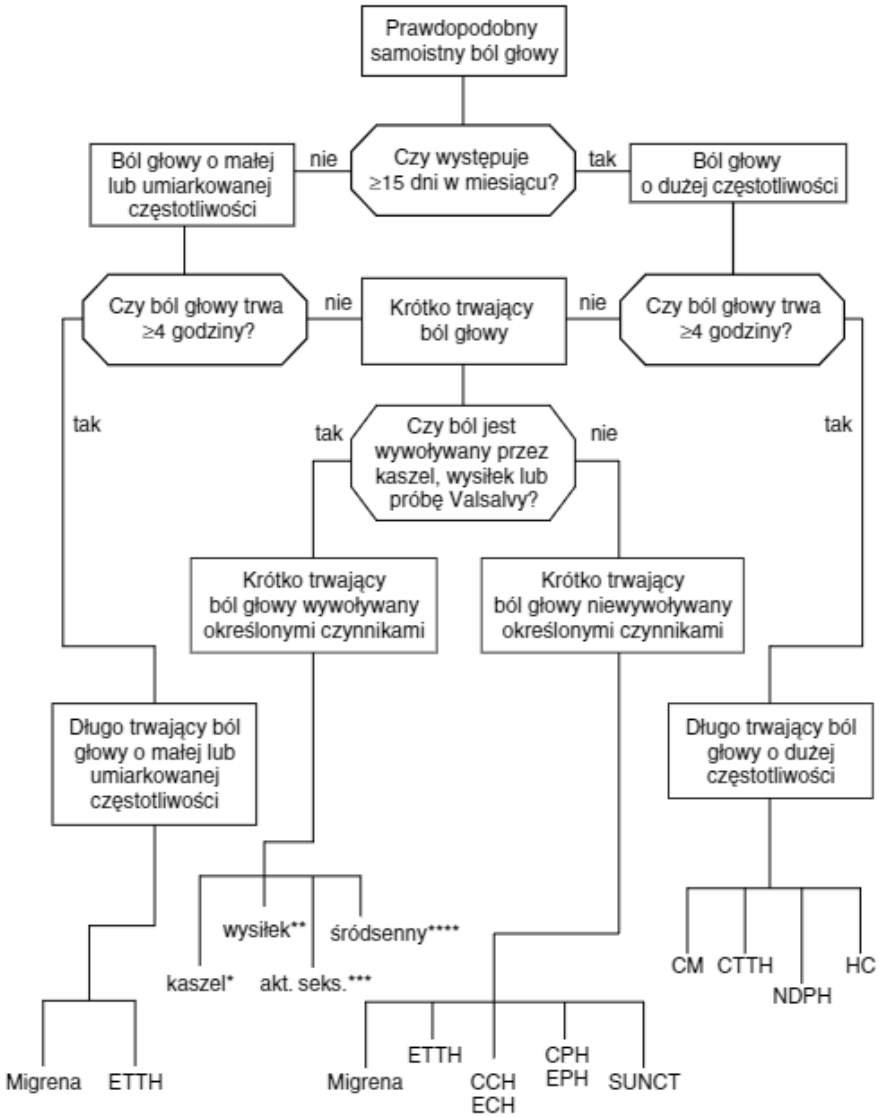
Bóle głowy o krótkim czasie trwania, charakteryzujące się dużą częstotliwością (niewywołane czynnikami, które zostały wymienione powyżej), charakterystyczne są dla epizodycznego i przewlekłego klasterowego bólu głowy, epizodycznego i przewlekłego połowiczego napadowego bólu głowy oraz śródsennego bólu głowy[21],[22].

Prowadzenie różnicowania bólów głowy obecnie wykorzystuje się w oparciu o poniższe schematy.



Ryc. 1.1.2. – 1. Algorytm rozpoznawania bólu głowy[23].

[21] Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders*. Cephalalgia 2004; 24: s. 1–160.
[22] R.B. Lipton, M.E. Bigal i wsp. *Op. cit.,* s. 44-45.
[23] S.D. Silberstein, R.B. Lipton, D.J. Dalessio, Overview, *Diagnosis and classification of headache.* In*:* S.D. Silberstein, R.B. Lipton, D.J. Dalessio, eds. *Wolff's headache and other facial pain*. New York: Oxford, 2001; s. 6–26.



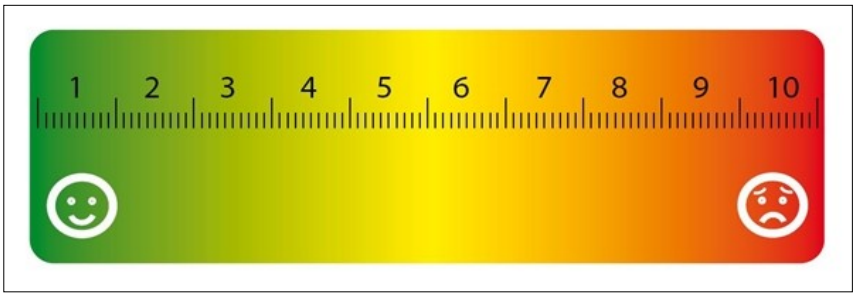
Ryc. 1.1.2. – 2. Algorytm rozpoznawania samoistnych bólów głowy[24]. ETTH – epizodyczny ból głowy typu napięciowego, CCH – przewlekły klasterowy ból głowy, ECH – epizodyczny klasterowy ból głowy, CPH – przewlekły napadowy połowiczy ból głowy, EPH – epizodyczny napadowy połowiczy ból głowy, SUNCT – krótkotrwałe jednostronne napady przypominające neuralgię bólu głowy z przekrwieniem spojówki i łzawieniem, CM – przewlekła migrena, CTTH – przewlekły ból głowy typu napięciowego, NDPH – nowy uporczywy codzienny ból głowy, HC – ciągły połowiczy ból głowy, * - samoistny kaszlowy ból głowy, ** - samoistny wysiłkowy ból głowy, *** - samoistny ból głowy związany z aktywnością seksualną, **** - śródsenny ból głowy.

Do oceny natężenia bólu, obecnie powszechnie stosuje się następujące skale:

a) Skalę wzrokowo-analogową (VAS – *Visual Analoque Scale*):
pacjent wskazuje odczuwane nasilenie bólu w skali od 0 do 10, gdzie
0 oznacza całkowity brak doznań bólowych, 10 zaś ból nie do wytrzymania dla

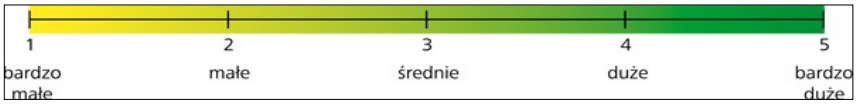
[24] R.B. Lipton, M.E. Bigal i wsp., op. cit. s. 44.

pacjenta,



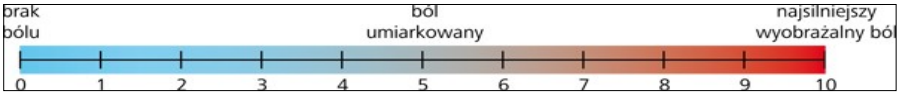
Ryc. 1.1.2. – 3. Visual Analoque Scale (VAS)[25].

b) Skalę słowną (VRS – *Verbal Rating Scale*):
daje możliwość pacjentowi opisanie odczuwanych dolegliwości bólowych w wymiarze od bardzo małych dolegliwości bólowych, poprzez średnie, aż do bardzo dużych,



Ryc. 1.1.2. – 4. Verbal Rating Scale (VRS)[26].

c) Skala numeryczna (NRS – *Numerical Rating Scale*):
nie stosuje się jej u dzieci, ma 11 stopni, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości bólowych, a 10 najgorszy ból jaki pacjent jest w stanie sobie wyobrazić.



Ryc. 1.1.2. – 5. Numerical Rating Scale (NRS)[27].

W określaniu typu bólu oraz jego natężenia, w praktyce klinicznej często stosuje się kwestionariusz McGill. W badaniach naukowych najczęściej stosowaną skalą jest skala VAS, ze względu na swoją uniwersalność i względną czytelność dla większości badanych[28].

[25]http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404, [Dostęp: 15.03.2016r.].
[26]http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404, [Dostęp: 15.03.2016r.].
[27]http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404, [Dostęp: 15.03.2016r.].
[28] K. Korzeniowska, E. Szałek, *Ból*, Farmacja współczesna 2010; 3: s. 9-14.

A. PROSZĘ OPISAĆ BÓL ODCZUWANY PRZEZ PANA/PANIĄ PODCZAS OSTATNIEGO TYGODNIA *(proszę postawić X w jeden kwadrat w każdej linijce.)*

	Brak	Łagodny	Umiarkowany	Silny
1. Rwący	☐	☐	☐	☐
2. Przeszywający	☐	☐	☐	☐
3. Kłujący	☐	☐	☐	☐
4. Ostry	☐	☐	☐	☐
5. Skurczowy	☐	☐	☐	☐
6. Gryzący	☐	☐	☐	☐
7. Gorący/Palący	☐	☐	☐	☐
8. Uciążliwy	☐	☐	☐	☐
9. Ciężki	☐	☐	☐	☐
10. Pojawiający się przy dotknięciu chorego miejsca	☐	☐	☐	☐
11. Rozsadzający	☐	☐	☐	☐
12. Wyczerpujący/Męczący	☐	☐	☐	☐
13. Powodujący mdłości	☐	☐	☐	☐
14. Straszliwy	☐	☐	☐	☐
15. Bezlitosny/Okrutny	☐	☐	☐	☐

B. PROSZĘ OCENIĆ BÓL ODCZUWANY PRZEZ PANA/PANIĄ PODCZAS OSTATNIEGO TYGODNIA
Poniższa linia przedstawia ból o wzrastającym nasileniu: od „brak bólu" do „najgorszy ból z możliwych". Proszę umieścić kreskę (I) w poprzek tej linii w miejscu, które najlepiej określa ból odczuwany przez Pana/Panią podczas ostatniego tygodnia.

Brak bólu — Najgorszy ból z możliwych

☐☐☐ wynik w mm (wypełnia badacz)

Ryc. 1.1.2. – 6. Kwestionariusz McGill (wersja skrócona)[29].

1.1.3. Leczenie konwencjonalne

Leczenie bólów głowy w głównej mierze opiera się na doświadczeniu klinicznym, jednak podstawowe znaczenie ma prawidłowo postawiona diagnoza zgodna z kryteriami Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy. Konieczna jest także ścisła współpraca lekarza z pacjentem oraz wzajemne zaufanie.

Leczenie bólów głowy ma na celu:

a) Przerwanie napadu choroby,

b) Zapobieganie wystąpienia napadu.

Dobór skutecznego leczenia nie zawsze jest łatwe i niejednokrotnie potrzeba podjęcia wielu prób, aby uzyskać pożądany efekt. Popularną grupą leków jest grupa niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). NLPZ go duża grupa leków,

[29] K. Korzeniowska, E. Szałek, Ból, op. cit., s. 10.

w skład której m.in. wchodzi kwas acetylosalicylowy, stosowany głównie jako pierwszy etap leczenia napadów migrenowych. Spośród grupy NLPZ, w leczeniu bólów głowy, zastosowanie znalazły również pochodne kwasu fenylopropionowego (np. naproxenum), kwasu indolooctowego (indometacyna), pochodne kwasu aminofenylooctowego (np. diklofenak) oraz inne.

Na rynku farmaceutycznym dostępnych jest również wiele preparatów wykorzystywanych w leczeniu bólów głowy będących połączeniem leku przeciwbólowego z preparatami kofeiny, kodeiną czy barbituranami. Substancja jaką jest ergotamina i inne pochodne sporyszu, uważane niegdyś były za najlepszy lek doraźny w leczeniu bólów pojawiających się w migrenie. Zostało jednak potwierdzone, iż wywołują one sporo objawów niepożądanych, z powodu zwężania naczyń krwionośnych obwodowych i wieńcowych, a dodatkowo długie stosowanie jest źródłem przewlekłych bólów głowy spowodowanych z tzw. „odbicia". W przypadku przedłużających się napadów migreny wykorzystuje się również steroidy oraz neuroleptyki[30].

1.2. Akupunktura

1.2.1. Rys historyczny

Dokładne początki akupunktury nie zostały określone, jednak szacuje się, iż powstała nawet kilka tysięcy lat wstecz, a jej kolebką były Chiny. Istotą akupunktury jest nakłuwanie ściśle określonych miejsc na ciele, które określa się punktami akupunktury, punktami życiowymi lub punktami aktywnymi biologicznie.

Akupunktura dobrze była znana w Chinach już za rządów legendarnego Żółtego Cesarza Huang Ti panującego w XXIX stuleciu p.n.e., wielkiego zwolennika i protektora tej metody. Kluczową rolę odegrali również cesarzowie: Fu Hsi oraz Shen Nung[31].

Zjawisko znikania uporczywych bólów po zranieniu strzałami z łuku lub bronią kłutą stało się punktem wyjścia tezy o istnieniu ścisłego związku między określonymi punktami powłok ciała i narządami wewnętrznymi. Z czasem wykorzystano powyższe spostrzeżenia dla celów terapeutycznych. Początkowo zaczęto stosować akupresurę i akupunkturę wyłącznie celem zwalczania bólów a później także w stanach chorobowych, w których ból nie był

[30] F. Lehmann-Horn, S. Ludolph i wsp., *Neurologia. Diagnostyka i leczenie*, pod red. R. Podemski, wyd I polskie, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner , Wrocław 2004, s. 542-558.
[31] H. Operacz, op. cit., s. 13-15.

objawem dominującym. W kolejnych dziejach historycznych Chin, akupunktura była na przemian popierana i zakazana. Znajdowała ona zarówno zwolenników, jak i radykalnych przeciwników. Po rewolucji w roku 1949, akupunktura została zrównana w prawach z innymi metodami leczenia, a w Pekinie, Szanghaju i Nankinie powstały Akademie Tradycyjnej Medycyny Chińskiej. W roku 1955 zaś Ministerstwo Zdrowia w Pekinie wydało dekret, który nakazywał włączenie akupunktury w program nauczania wszystkich szkół medycznych[32].

Okres, w którym głębiej zaczęto się interesować akupunkturą w Polsce, to lata sześćdziesiąte XX stulecia. Wcześniej lekarze nie zajmowali się tą dziedziną przez wzgląd na niewystarczające podstawy naukowe. Jednak kiedy konwencjonalne metody leczenia okazywały się często nieskuteczne, zaczęto poszukiwać innych metod leczenia, a wśród nich znalazło się stosowanie akupunktury. W pierwszym okresie praktyki z wykorzystaniem tejże metody były ograniczone, jednak wraz z coraz większą liczbą korzystnych efektów terapeutycznych, udział akupunktury w leczeniu różnych schorzeń znalazł szersze zastosowanie[33,34].

Pierwszym Polakiem, który w sposób akademicki zajął się akupunkturą, medycyną chińską, był Michał Boym (1612-1659), który prowadził prace na skalę światową. W 1978 roku w Warszawie uruchomiono pierwszą Poradnię Leczenia Akupunkturą w Polsce. Po roku, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, utworzyło regularne szkolenia lekarzy z zakresu akupunktury. Polskie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej ostatecznie uznało akupunkturę i powołano specjalistę krajowego w tejże dziedzinie w roku 1986. W roku 1987 natomiast powstało Polskie Towarzystwo Akupunktury - wcześniej funkcjonujące jako Sekcja Refleksoterapii przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Lekarskiego[35].

1.2.2. Mechanizm przeciwbólowego działania akupunktury

Neurofizjologiczny mechanizm przeciwbólowego działania akupunktury

Jedną z najbardziej akceptowanych teorii, stwarzającą podstawy do wyjaśnienia neurofizjologicznego mechanizmu przeciwbólowego działania akupunktury, jest „teoria

---

[32] Ibidem, s. 20-25.
[33] Z. Garnuszewski, *Renesans akupunktury*, Wydawnictwo Sportu i Tustystyki, Warszawa 1988, s. 18-22.
[34] M. Szczęśniewski, *Podstawy akupunktury*, Zakład Wydawnictwa Medycyny Naturalnej 1991, s. 14-15.
[35] Z. Garnuszewski, *Historia Polskiego Towarzystwa Akupunktury*. http://www.akupunktura.org/index.php?url=tresc&id_news_topic=5, [Dostęp: 04.05.2016r.].

sterowania bramą bólu". Impulsy nerwowe z receptorów obwodowych są przekazywane do rogów tylnych rdzenia kręgowego głównie dwoma rodzajami włókien nerwowych: grubymi z osłonkami mielinowymi włóknami „A" oraz cienkimi bez osłonek mielinowych – włóknami „C". Przewodzenie impulsu włóknami „A" jest kilkadziesiąt razy szybsze niż włóknami „C". Włókna „A" przewodzą głównie czucie dotyku, temperatury oraz bodźce z narządów wewnętrznych, podczas gdy włókna C przewodzą głównie czucie bólu[36].

Według teorii Melzacka-Walla bodźce nerwowe docierające do ośrodkowego układu nerwowego włóknami grubszymi i szybszymi (A) zamykają drogę wejścia bodźcom biegnącym włóknami nerwowymi cienkimi, wolnymi (C)[37].

W odniesieniu do akupunktury ma się to następująco: jeżeli łagodnymi bodźcami, takimi jak nakłuwanie, stymuluje się punkty akupunktury, czyli drażni się znajdujące się w nich skupiska receptorów, od których odchodzą zarówno włókna „A" jak i „C", bodźce czuciowe biegnące grubymi włóknami „A" są szybsze od bodźców bólowych biegnących cienkimi włóknami „C". Bodźce przewodzone włóknami „A" docierają więc szybciej do jąder substancji galaretowatej rogów tylnych rdzenia kręgowego danego segmentu i szybciej wywołują jego pobudzenie, blokując bodźce docierające tam z opóźnieniem włóknami „C". Ponieważ bodziec bólowy przenoszony przez włókna „C" biegnie wolniej i dociera do celu później, jest blokowany przez bodziec czuciowy szybszy, z włókien „A". W taki sposób na skutek segmentarnej interakcji między włóknami „A" i „C" znosi się uczucie bólu. Substancja galaretowata rogów tylnych rdzenia kręgowego jest według Melzacka-Walla pierwszym filtrem, najniższym piętrem modulacji bodźców bólowych. Wyższe piętra znajdują się w tworze siateczkowym pnia mózgu, we wzgórzu i w korze mózgowej[38].

Obecnie wiadomo, że teoria Melzacka-Walla jest niepełna, gdyż mechanizm przewodzenia wrażeń bólowych w rdzeniu kręgowym jest znacznie bardziej skomplikowany niż zakładali to obaj naukowcy. Obok hamowania presynaptycznego, na którym Melzack i Wall oparli swoje teorie, w obrębie rdzenia występuje też hamowanie postsynaptyczne, a także wiele innych rodzajów modulacji przewodzonych bodźców nerwowych.

Zjawisko hamowania bólu akupunkturą lub elektroakupunkturą jest coraz częściej wykorzystywane przez lekarzy chińskich do anestezji podczas operacji. Chińczycy, jak podaje piśmiennictwo, wykonali w znieczuleniu akupunkturowym tysiące operacji. W Europie wykonano niewiele zabiegów chirurgicznych

[36] H. Operacz, op. cit., s. 129.
[37] Z. Garnuszewski, *Renesans akupunktury*, Wydawnictwo Sportu i Turystyki, Warszawa 1988, s. 36.
[38] Ibidem, s. 37.

w znieczuleniu tylko akupunkturowym, bez wspomagania środkami farmakologicznymi. Ten sposób anestezji uważany jest jak dotychczas za niepełny, nie ma on wśród lekarzy europejskich wielu zwolenników. Wynika to z tego, że lekarze europejscy nie mają takiego doświadczenia, jak lekarze chińscy. Jednak ci lekarze, którzy obserwowali takie zabiegi w Chinach, potwierdzają ich wysoką skuteczność, przyznając, że nie opanowali sztuki znieczulania w takim stopniu, jak Chińczycy[39,40,41].

Neurohormonalny mechanizm działania akupunktury

Główną rolę w neurohormonalnym mechanizmie działania akupunktury odgrywają endogenne opiaty peptydowe (OEP) wyizolowane z tkanki mózgowej – endorfiny i enkefaliny. Mają one zdolność do wiązania się z receptorami opiatowymi struktur mózgowych, w efekcie dając działanie przeciwbólowe i znieczulające. Najważniejszą rolę w tymże mechanizmie odgrywają endorfiny wytwarzane przez przedni płat przysadki mózgowej. Istnieją naukowe przesłanki na temat zwiększonej zawartości tych polipeptydów w płynie mózgowo-rdzeniowym po przeprowadzonych zabiegach akupunktury[42,43,44].

Oprócz endogennych opiatów peptydowych, w neurohormonalnym mechanizmie przeciwbólowego działania akupunktury biorą również udział takie neurotransmitery jak: serotonina, acetylocholina, norepinefryna, dopamina. Tak więc można wysnuć wnioski, iż skuteczne działanie tego mechanizmu uwarunkowane jest wzajemna równowagą i oddziaływaniem między wszystkimi wymienionymi substancjami[45,46].

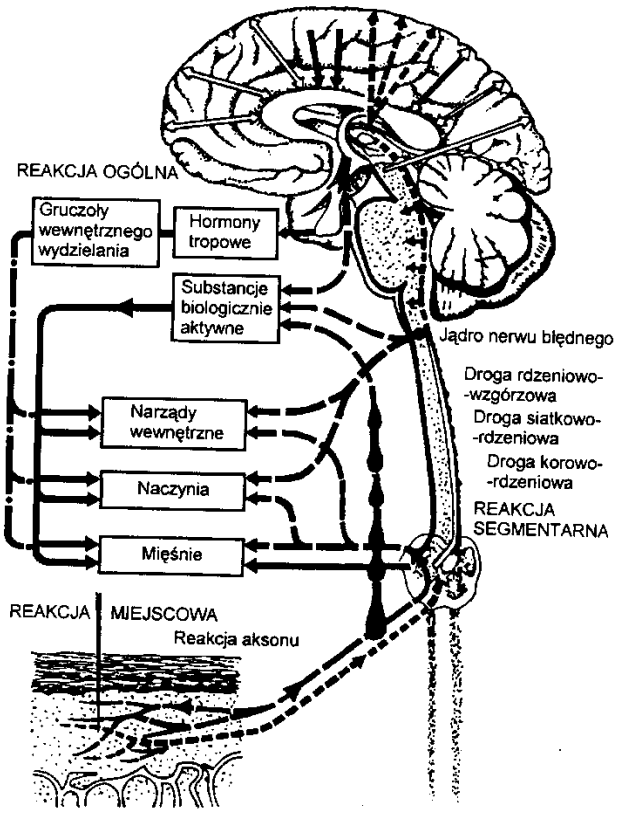
---

[39] H. Operacz, op. cit., s.129.
[40] Xie Q.: *The neurophysiological basis of acupuncture analgesia*. Skrypt do wykładów akupunktury lekarzy chińskich, szkolących lekarzy polskich na kursie w CMKP, Warszawa 1987.
[41] H. Operacz, *Zasady akupunktury - teoria i praktyka*. Agencja Omnipress, Warszawa 1991.
[42] E. Melizia, G. Andreucci, D. Paolucci, F. Crescensi, A. Fabrii, *Elektroacupuncture and peripheral betaendorphin and ACTH levels*. Lancet, 1979, s. 2, 535.
[43] B. Sjólung, L. Terenius, M. Erikson, *Increased cerebrospinal Fluid levels of endorphins after elektroacupuncture*. Acta Phy-siol. Scand., 1977, s. 100, 382.
[44] A. Szczudlik, J. Kwasucka, *Zachowanie się immunoreaktyw-ności beta-endorfinopodobnej we krwi chorych z przewlekłym bólem, leczonych punktowym drażnieniem receptorowym (akupunkturą)*. Neur. Neurochir. Poi., 1984, XVIII, s. 5, 415.
[45] E. Melizia, G. Andreucci, D. Paolucci, F. Crescensi, A. Fabrii, op. cit., s. 2, 535.
[46] H. Operacz, op. cit., s. 129.

1.2.3. Metody akupunktury stosowane w leczeniu bólów głowy

Zrozumienie działania akupunktury opiera się na badaniu przewodnictwa elektrycznego meridianów, co pozwala na określenie ich stanu energetycznego i związanych z nimi narządów, co w ostateczności daje możliwość ustalenie odpowiedniego ustalenia terapii.

Biorąc pod uwagę najaktualniejsze doniesienia naukowe, można wysnuć twierdzenie, iż akupunktura swoje działanie opiera na reakcji odruchowej organizmu, a reakcje jakie mają miejsce po nakłuciu konkretnych miejsc, są reakcjami segmentarnymi[47].



Ryc. 1.2.3. – 1. Reakcja organizmu na akupunkturę – schemat wg Kassil G.N., Boewa E.M., Wein A.M.[48].

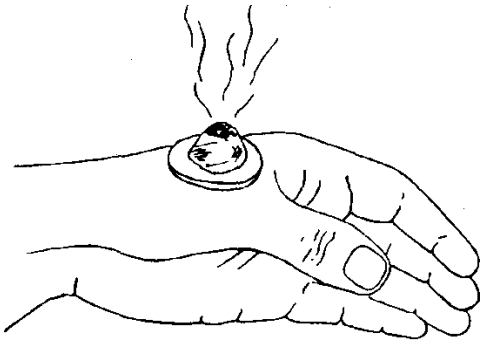
Wśród metod stymulacji punktów akupunkturowych korzystnych w przypadku terapii bólów głowy wyróżnia się:

a) metodę nakłuwania punktów akupunkturowych – metoda hamująca „Xie",
b) przygrzewanie bezpośrednie i pośrednie,
c) akupresurę,
d) elektropresurę,
e) laseropunkturę.

[47] H. Operacz, op. cit., s. 123.
[48] Ibidem, s. 123.

Metoda pierwsza polega głównie na nakłuwaniu odpowiednio dobranych punktów, pod względem rodzaju bólu, stopnia zaawansowania, wieku pacjenta. Metoda hamująca „Xie" wykorzystuje silny bodziec, gdzie polega on na powolnym i głębszym nakłuciu, a także pozostawieniu igły w punkcie dłużej. Ważnym składnikiem tego sposoby nakłuwania jest wprowadzanie igieł w przeciwnym kierunku do przebiegu Chi po meridianach[49].

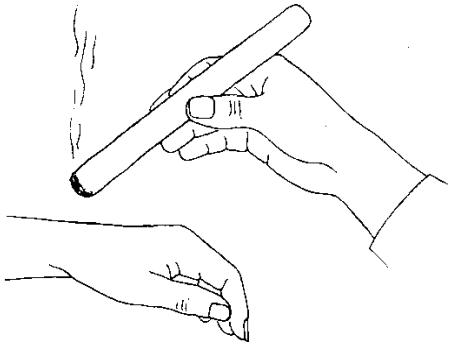
Przygrzewanie bezpośrednie i pośrednie (moxa) odnosi się głównie do bólów, które trwają przewlekle oraz jako wspomaganie samego nakłuwania. Bezpośrednie przygrzewanie wykonuje się w sposób bezpośrednio kładąc na punkt akupunkturowy tlący się stożek moxy. Wyróżnia się tutaj dodatkowo przygrzewanie bezpośrednie „z blizną" i „bez blizny". Pierwsza z tych metod jest bardzo rzadko stosowana w Europie ze względu na powstawanie blizn.



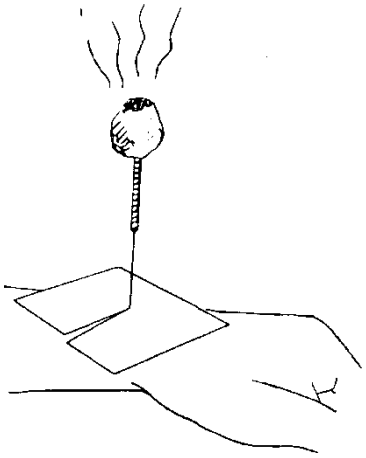
Ryc. 1.2.3. – 2. Przygrzewanie punktu akupunkturowego za pomocą moxy[50].

Przygrzewanie pośrednie polega na przygrzewaniu palącym się cygarem wykonanym z moxy o długości ok 20 cm i 2 cm grubości. Takie cygaro zbliża się do punktu akupunkturowego na odległość taką, aby pacjent odczuwał gorąca (ale nie uczucie parzenia). Drugim sposobem przygrzewania pośredniego jest przygrzewanie gorącą igłą – zwiniętą kulkę moxy kładzie się na rękojeść igły wkłutej w punkt akupunkturowy, co stymuluje dodatkowo bodźcem cieplnym, który przewodzony jest do tkanki[51].

[49] H. Operacz, op. cit., s. 94.
[50] Ibidem, s. 97.
[51] Ibidem, s. 97-98.



Ryc. 1.2.3. – 3. Przygrzewanie punktów akupunkturowych cygarem z moxy[52].



Ryc. 1.2.3. – 4. Przygrzewanie punktu akupunkturowego przy pomocy igły z palącą się moxą[53].

Akupresura, zwana również masażem akupunkturowym polega na stosowaniu ucisku i masażu punktów akupunkturowych przy pomocy wykonanych z różnego tworzywa pręcików, które na jednym ze swych końców posiadają zaokrąglone punkty. Jest to metoda tzw. tępa, która przynosi ze sobą mniejsze skutki terapeutyczne niż nakłuwanie aktywnych punktów[54].

Elektroakupunktura jest zaś metodą, która w głównej mierze bazuje na bodźcu elektrycznym o odpowiednio dostosowanym natężeniu. Zwykle stosuje się natężenie w przedziale 10-200 mikroamperów. Częstotliwość pobudzająca mieści się w przedziale do 10 Hz, zaś 10-60 Hz działa uspokajająco. Czas takiego stymulowania punktu dobiera się w zależności od punktu, oczekiwanego rezultatu oraz indywidualnej wrażliwości pacjenta (od kilku sekund do kilkudziesięciu minut)[55,56].

Laseropunktura wykorzystuje działanie wiązki promieni świetlnych emitowanych przez urządzenie. Jest to metoda mniej inwazyjna, biorąc pod uwagę brak naruszania ciągłości skóry,

---

[52] H. Operacz, op. cit., s. 98.
[53] Ibidem, s. 98.
[54] Ibidem, s. 106.
[55] Ibidem, s. 112-113.
[56] R. Voll, *Topografische Lagę der Messpunkte der Elektroaku-punktur*, Uelzen 1976, t. I., s. 168.

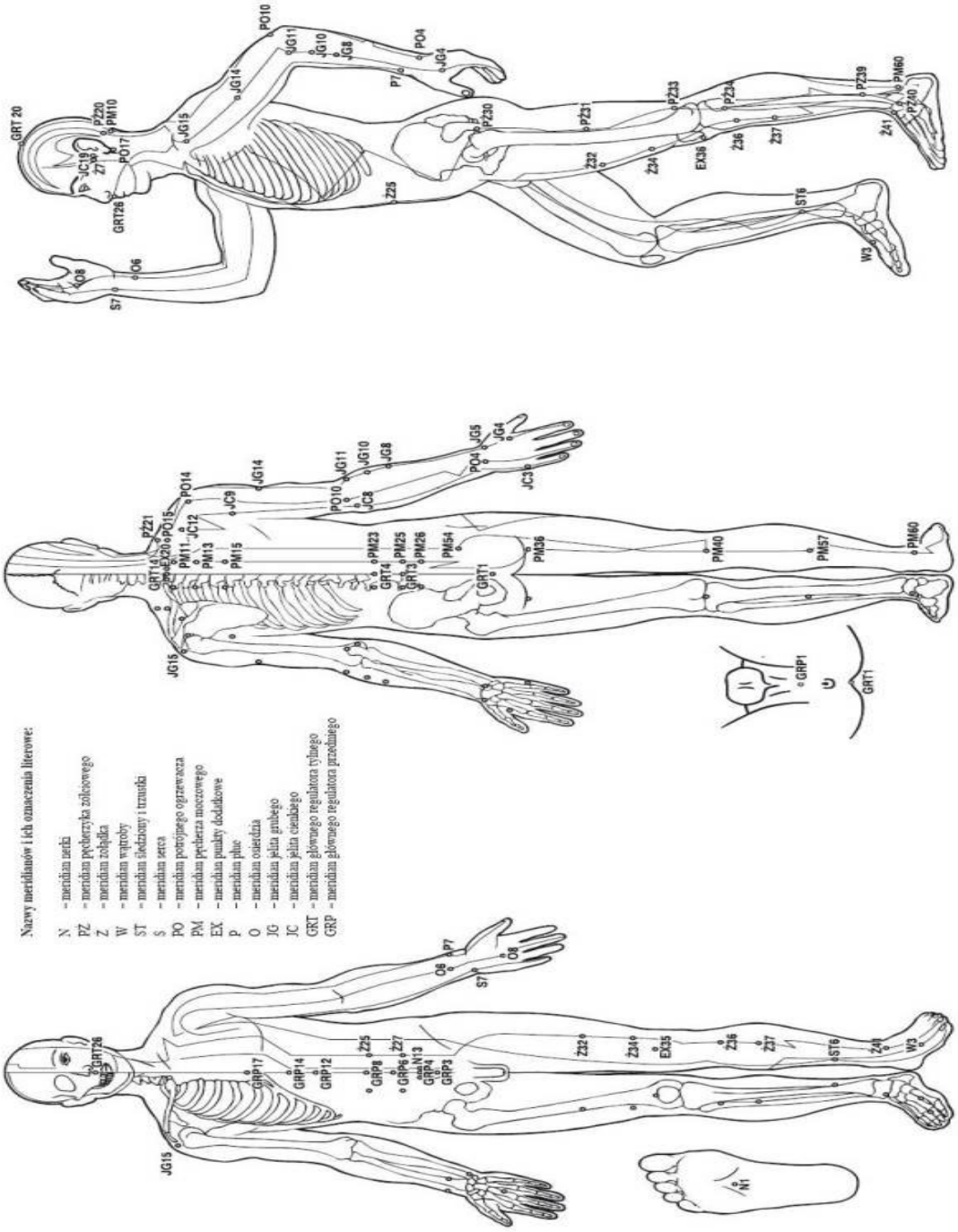
a co za tym idzie nie wywołuje nieprzyjemnych doznań. Konkretne punkty naświetla się przez okres zaledwie kilku sekund, a efekt terapeutyczny zależny jest od ilości promienia jaki dotrze do punktu i zostanie przez niego pochłonięty[57].

Wszystkie wyżej wymienione metody można używać w terapii leczenia bólów głowy, jednak bardzo ważne jest indywidualne dostosowanie do typu dolegliwości, wrażliwości pacjenta, możliwości osoby wykonującej zabieg oraz umiejscowienia stymulowanych punktów.

1.2.4. Punkty akupunkturowe stymulowane w terapii bólów głowy

Biegła znajomość umiejscowienia i przebiegu meridianów warunkuje prawidłowe poznanie zasad przeprowadzania zabiegów stymulacji punktów akupunktury. W podrozdziale tym przedstawione zostaną punkty, które stymuluje się w terapii bólów głowy z wykorzystaniem akupunktury.

[57] H. Operacz, op. cit., s. 116, 118.



Ryc. 1.2.4. – 1. Naturalny przebieg meridianów w ludzkim ciele (od przodu, od tyłu oraz od boku)[58].

[58] A. Zenowicz, *Drogi energii Chi*. http://www.terapia-wschodu.pl/artykuly_drogi_energii.html, [Dostęp: 14.04.2016r.].

Punkty, które stymuluje się w leczeniu bólów głowy (wg topografii i właściwości terapeutycznych):

1. Meridian płuca (Lu):
    a) Lieque (Lu 7) – umiejscowiony ½ cuna powyżej stawu nadgarstka na przebiegu kości promieniowej tuż nad wyrostkiem rylcowatym.
    b) Shaoshang (Lu 11) – umiejscowiony na stronie kciuka promieniowej 3mm od kąta paznokcia w kierunku dośrodkowym do wewnątrz po stronie promieniowej.
2. Meridian jelita grubego (LI):
    a) Shangyang (LI 1) – umiejscowiony na powierzchni promieniowej palca wskazującego u podstawy paznokcia 3mm od kąta paznokcia w kierunku do wewnątrz i dośrodkowym.
    b) Hegu (LI 4) – umiejscowiony w drugiej połowie kości śródręcza po stronie promieniowej w najwyższym punkcie miejsca przy jednoczesnym przywiedzeniu kciuku do wskaziciela.
    c) Wenliu (LI 7) – umiejscowiony na przednio-bocznej powierzchni przedramienia.
3. Meridian żołądka (St):
    a) Touwei (St 7) – umiejscowiony 1,5cm do tyłu od kąta przedniego granicy włosów w odległości 4,5 cuna od głównego meridianu regulatora przedniego.
    b) Zusanli (St 36) – umiejscowiony na górnej części podudzia 3 cuny poniżej dolnego brzegu rzepki.
    c) Jiexi (St 41) – umiejscowiony w miejscu, gdzie przednia część powierzchni podudzia przechodzi w grzbiet stopy, między ścięgnami prostownika palców i prostownika palucha.
    d) Neiting (St 44) – umiejscowiony na grzbiecie stopy u podstawy 2 i 3 palca.
4. Meridian śledziony (Sp):
    a) Sanyinjiao (Sp 6) – umiejscowiony w dolnym odcinku powierzchni podudzia przyśrodkowej na tylnej krawędzi kości piszczelowej.
5. Meridian jelita cienkiego (SI):
    a) Houxi (SI 3) – umiejscowiony po stronie łokciowej na bocznej powierzchni dłoni.
    b) Hand-Wangu (SI 4) – umiejscowiony na łokciowym brzegu dłoni.

c) Yanglao (SI 6) – umiejscowiony po stronie promieniowej wyrostka rylcowatego kości łokciowej na grzbiecie nadgarstka.

6. Meridian pęcherza moczowego (Bl):
   a) Zanzhu (Bl 2) – umiejscowiony na przyśrodkowej krawędzi łuku brwiowego.
   b) Tongtian (Bl 7) – umiejscowiony na wierzchołku głowy, 4 cuny od przedniej linii włosów.
   c) Tianzhu (Bl 10) – umiejscowiony na górnej części karku, na mięśniu czworobocznym 0,5 cuna powyżej linii tylnej włosów.
   d) Dashu (Bl 11) – umiejscowiony na dolnej powierzchni karku na wysokości I kręgu piersiowego.
   e) Kunlun (Bl 60) – umiejscowiony w zagłębieniu między ścięgnem Achillesa a kostką boczną.
   f) Shenmai (Bl 62) – umiejscowiony poniżej brzeg u dolnego kostki bocznej.
   g) Jinmen (Bl 63) – umiejscowiony w zagłębieniu V kości śródstopia.
   h) Jiggu (Bl 64) – umiejscowiony na bocznym brzegu stopy poniżej guzowatości V kości śródstopia.
   i) Shugu (Bl 65) – umiejscowiony poniżej główki V kości śródstopia na bocznym brzegu stopy.
7. Meridian nerki (Kid):
   a) Yongquan (Kid 1) – umiejscowiony pomiędzy II a III kością śródstopia na podeszwie, przy jednoczesnym zgięciu palców stopy.
8. Meridian potrójnego ogrzewacza (TH):
   a) Zhongzhu (TH 3) – umiejscowiony na grzbiecie dłoni pomiędzy IV a V kością śródręcza.
   b) Yangchi (TH 4) – umiejscowiony na grzbiecie nadgarstka w zagłębieniu po stronie łokciowej ścięgna mięśnia prostownika palców.
   c) Waiguan (TH 5) – umiejscowiony pomiędzy kością promieniową a łokciową na grzbietowej powierzchni przedramienia.
   d) Tianjing (TH 10) – umiejscowiony na tylenj powierzchni ramienia powyżej stawu łokciowego.
   e) Qimai (TH 18) – umiejscowiony na wyrostku sutkowatym.
   f) Sizhukong (TH 23) – umiejscowiony na zewnętrznym końcu brwi przed skronią.
9. Meridian pęcherzyka żółciowego (GB):

a) Tongziliao (GB 1) – umiejscowiony obok zewnętrznego kąta oka na krawędzi bocznej oczodołu.
b) Shuaigu (GB 8) – umiejscowiony na wierzchołku małżowinu usznej.
c) Wangu (GB 12) – umiejscowiony w zagłębieniu za wyrostkiem sutkowatym.
d) Fengchi (GB 20) – umiejscowiony poniżej kości potylicznej na karku.

10. Meridian wątroby (Liv):
    a) Xingjiang (Liv 2) – umiejscowiony u postaw palców stopy I i II.
    b) Taichong (Liv 3) – umiejscowiony między I a II kością śródstopia.
11. Meridian głównego regulatora tylnego (Du Mai):
    a) Yamen (Du Mai 15) – umiejscowiony na karku 0,5 cuna poniżej tylenj linii włosów.
    b) Fengfu (Du Mai 16) – umiejscowiony nad kością potyliczną.
    c) Baihui (Du Mai 20) – umiejscowiony na środku linii łączącej oba wierzchołki małżowin usznych.
    d) Qianding (Du Mai 21) – umiejscowiony na wierzchołku głowy, na środkowej linii ciała.
    e) Shangxing (Du Mai 23) – umiejscowiony ponad czołem na linii środkowej ciała[59].

[59] Z. Garnuszewski, *Renesans akupunktury*, Wydawnictwo Sportu i Turystyki, Warszawa 1988, s. 49-79.

2. Metodyka

2.1. Materiał badany

W badaniu wzięło udział 20 osób, w czym 10 osób to kobiety i 10 osób mężczyźni, którzy skarżą się na bóle głowy oraz podjęli terapię za pomocą akupunktury. Badania zostały przeprowadzone w Gabinecie Medycyny Naturalnej w Poznaniu, przy ul. Rycerskiej 10b. Badaniu zostały poddane osoby, które zgłosiły się okresie od stycznia do lutego 2016 r. z bólami głowy, w celu podjęcia terapii za pomocą akupunktury. Dobór próby badawczej oparty był na ochotnikach, którzy zdeklarowali swój udział w badaniu, był doborem nielosowym, opartym na dostępności osób badanych. Kryterium wykluczenia było występowanie bólów głowy jako objaw zdiagnozowanej choroby współistniejącej, innej niż bóle głowy.

2.1.1. Przedmiot i cel badań

Celem niniejszej pracy jest przegląd piśmiennictwa polskiego i zagranicznego dotyczącego podstawowych zagadnień dotyczących bólów głowy, leczenia wspomagającego bólów głowy w postaci akupunktury oraz analiza badań własnych przy pomocy kwestionariusza ankiety (w załączniku).

Przedmiotem badań pracy jest wpływ zastosowania akupunktury jako wspomaganie bólów głowy na efektywność leczenia.

Problemy badawcze i hipotezy robocze

Głównym problemem badawczym niniejszej pracy jest:

1. Czy zastosowanie akupunktury jako wspomaganie leczenia bólów głowy jest skuteczne?

Szczegółowe problemy badawcze niniejszej pracy są następujące:

1. Biorąc pod uwagę płeć, u kogo częściej występują bóle głowy?
2. W jakim wieku najczęściej są osoby cierpiące na bóle głowy?
3. Z jaką częstotliwością występują bóle głowy u osób na nie cierpiące?
4. Jaki charakter przybierają bóle głowy doskwierające pacjentom?
5. Czy i jakie leczenie farmakologiczne jest stosowane u osób z bólami głowy?
6. Czy występowanie bólów głowy ma wpływ na jakość życia?
7. Jak pacjenci oceniają poziom bólu głowy przed, w trakcie i po zabiegach akupunktury?

8. Czy zastosowanie akupunktury w terapii bólu głowy przyniosło pacjentom ulgę?

Hipoteza robocza brzmi:

1. Zastosowanie akupunktury jako wspomaganie terapii bólów głowy przynosi pozytywne efekty.

2.1.2. Zmienne i wskaźniki

Zmienne badawcze:

a) zmienne zależne:
   a. wpływ zastosowania akupunktury jako leczenia wspomagającego bólów głowy,

b) zmienne niezależne:
   a. wiek,
   b. płeć,
   c. miejsce zamieszkania,
   d. poziom bólu przed, w trakcie i po terapii.

Wskaźniki badawcze:

a) skala VAS,
b) skuteczność zastosowania akupunktury w leczeniu bólów głowy.

2.2. Metodologia badań

2.2.1. Metody i techniki

Wstępną metodą wykorzystaną w tejże pracy było wyszukiwanie artykułów w następujących bazach:

a) GoogleScholar,
b) Medline,
c) PubMed,
d) Termedia.

W tym celu wprowadzano następujące hasła w języku angielskim: *acupuncture, headache, headache treatment, ICHD*, oraz hasła w języku polskim: *akupunktura, bóle głowy, leczenie bólów głowy, Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy*. Wykorzystano również zbiór literatury spośród dostępnej w Bibliotece Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Techniką wykorzystaną w pracy jest technika kwestionariusza ankiety oraz analiza piśmiennictwa.

Narzędziem badawczym jest skonstruowany przez autora kwestionariusz ankiety oparty o najważniejsze problemy badawcze oraz skala VAS.

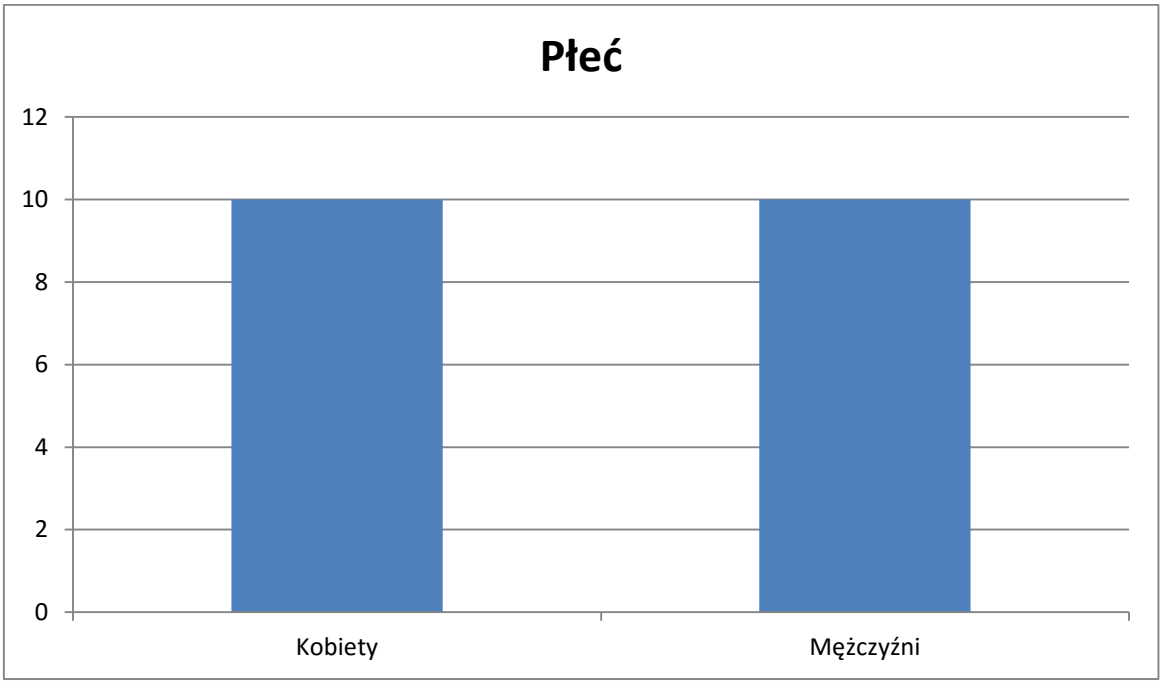
W terapii osób badanych wykorzystano następujące punkty akupunktury: LI 4, Bl 11, Bl 60, TH 23, Du 20. Badanie trwało 7 tygodni (włączając w to okres tygodnia po ostatnim zabiegu, kiedy ankietowani udzielali odpowiedzi na 3 ostatnie pytania zawarte w ankiecie), tj. od 22.02.2016r. – 11.04.2016r. Każda z osób biorących udział w badaniu, korzystała z zabiegów akupunktury raz w tygodniu.
Ochotnicy, którzy wzięli udział w badaniu, indywidualnie wypełniali wręczoną ankietę przygotowaną przez autora, składającą się z 14 pytań. Na pierwsze 10 pytań respondenci udzielali odpowiedzi przed rozpoczęciem pierwszego zabiegu. Na pytanie nr 11 udzielili oni odpowiedzi w trakcie trwania serii zabiegów, tj. na 3 wizycie, po 2 tygodniach od wykonania pierwszego zabiegu. Natomiast na pytania nr 12, 13 oraz 14 odpowiedzi uzyskano po ostatnim zabiegu akupunktury.
Na pierwszej wizycie, po udzieleniu odpowiedzi na pierwsze 10 pytań przez badanego, wyznaczono punkty akupunktury, które będą nakłuwane. Terapia odbywała się w pozycji siedzącej, a punkty nakłuwano raz w tygodniu wedle wymienionej kolejności oraz głębokości, tj.: LI 4 – 0,5 cuna, Bl 11 – 0,3 cuna, Bl 60 – 0,3 cuna, TH 23 – 0,3 cuna, Du 20 – 0,3 cuna – w sposób statyczny. Igły pozostawały wkłute w wyżej wymienionych punktach przez okres 15 minut. W trakcie zabiegu igieł do nakłuwania, obserwowano reakcję osoby badanej, zaś po upływie wyznaczonego czasu, usunięto igły zachowując tą sama kolejność.

3. Wnioski

3.1. Wyniki badań

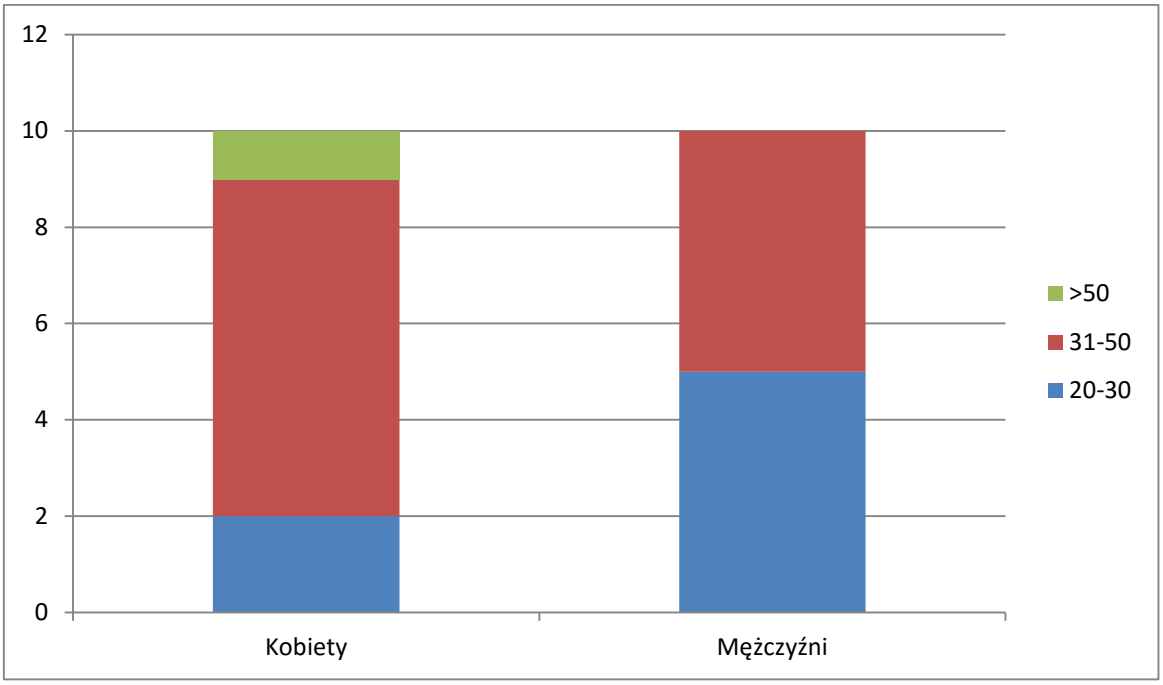
Struktura przedstawionych wyników badań wynika z pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety wypełnionej przez osoby skarżące się na bóle głowy, które podjęły terapię za pomocą akupunktury.

Na wykresach zostały przedstawione wyniki uzyskanych odpowiedzi.



Wykres 3.1. – 1. Płeć ankietowanych.

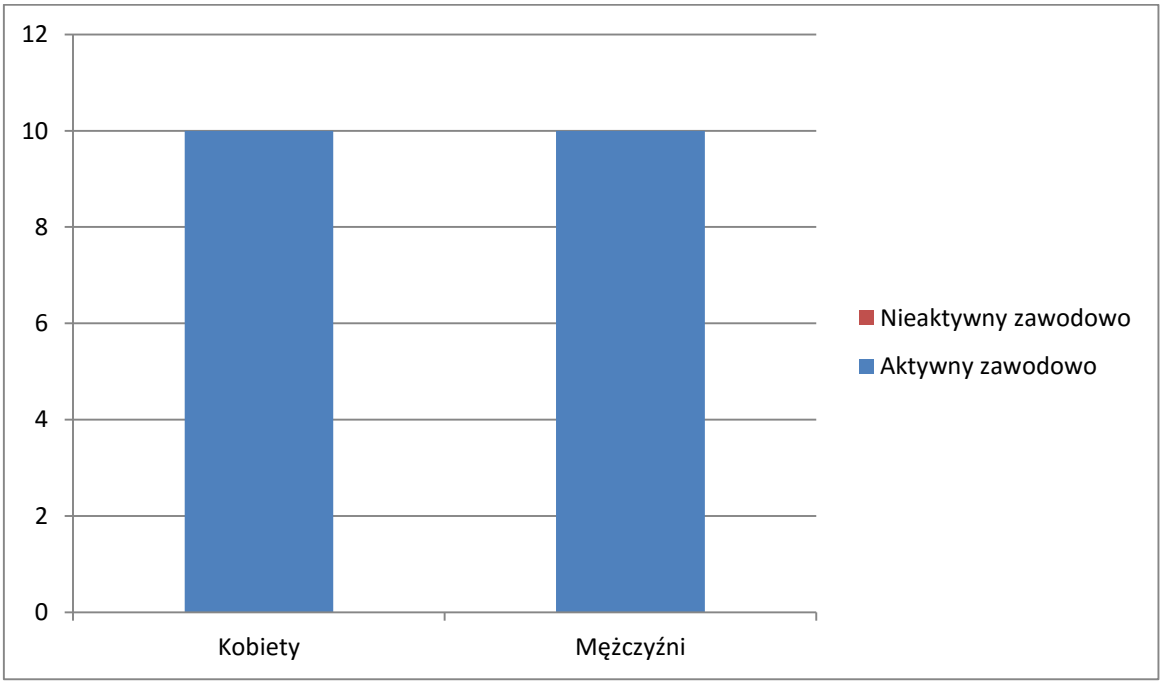
Połowę ankietowanych stanowiły kobiety, drugą połowę zaś mężczyźni.



Wykres 3.1. – 2. Przedział wiekowy ankietowanych.

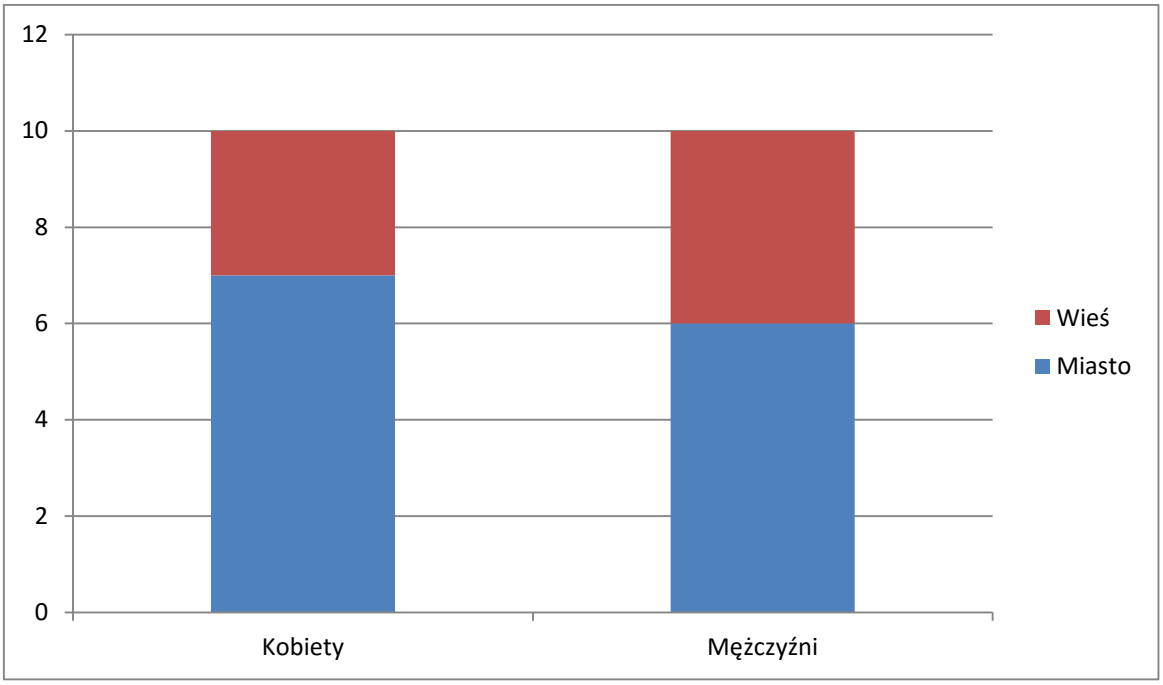
Pod względem wiekowym wśród kobiet, największa część, bo aż 7 z nich znajduje się w przedziale 31-50 r.ż., tylko jedna osoba jest powyżej 50 r.ż., zaś dwie spośród ankietowanych mieszczą się w przedziale 20-30 r.ż.

Wśród mężczyzn połowa ankietowanych mieści się w przedziale 20-30 r.ż., druga połowa zaś 31-50 r.ż. Nie ma wśród tej płci przedstawicieli powyżej 50 r.ż.



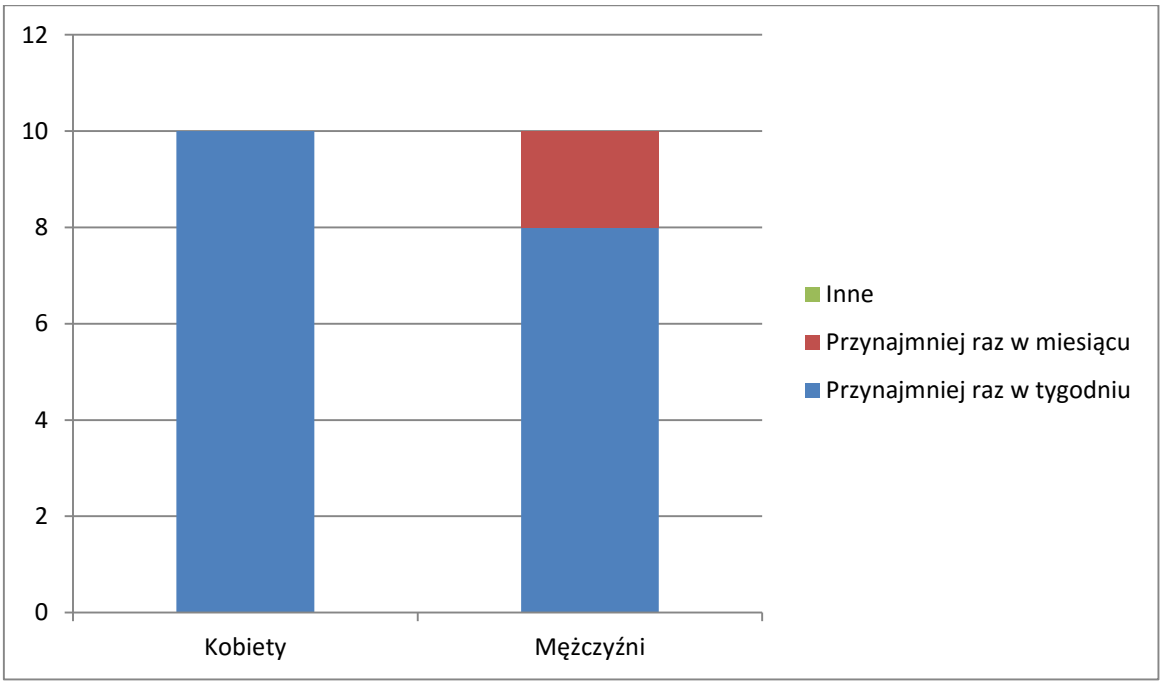
Wykres 3.1. – 3. Aktywność zawodowa ankietowanych.

Wszyscy z ankietowanych są aktywni zawodowo.



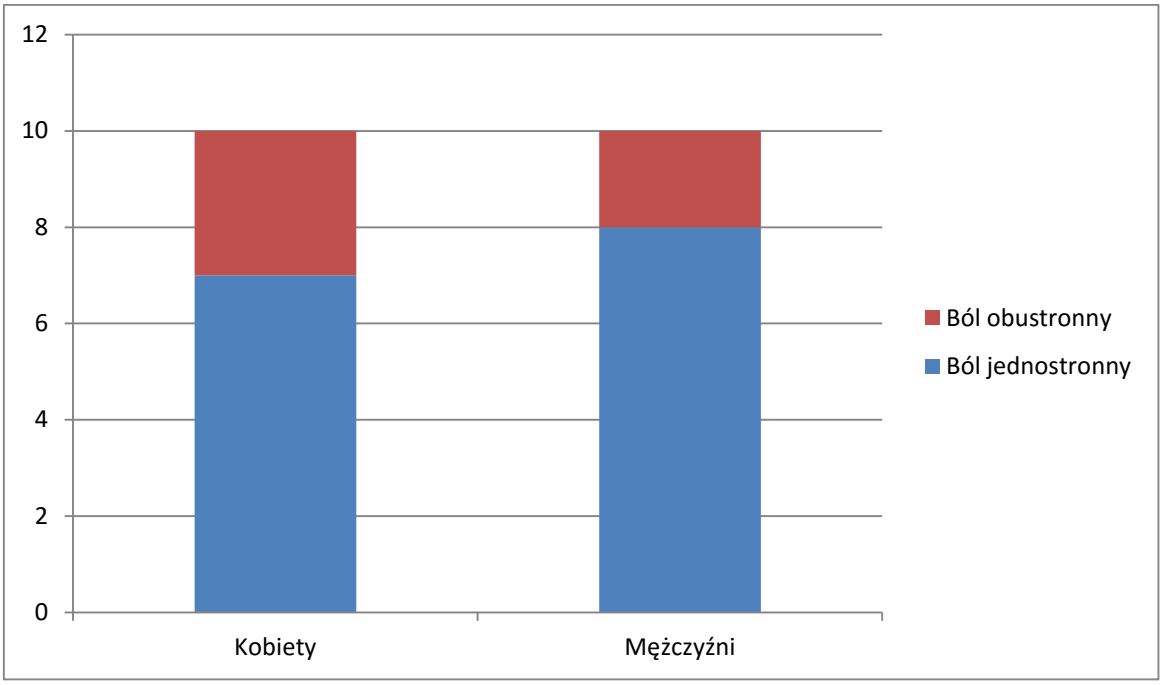
Wykres 3.1. – 4. Miejsce zamieszkania ankietowanych**.**

Ponad połowa ankietowanych, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, mieszka w miastach.



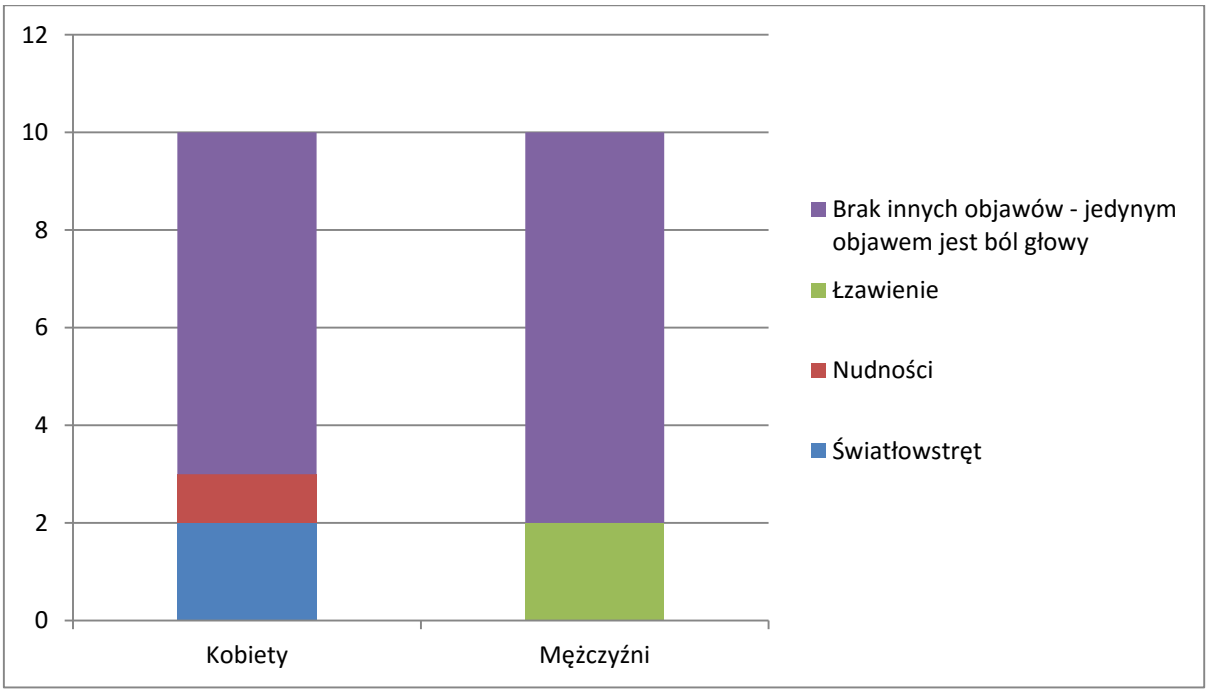
Wykres 3.1. – 5. Częstość występowania bólów głowy u ankietowanych.

Występowanie bólów głowy wśród ankietowanych płci żeńskiej określony został jako występujący przynajmniej raz w tygodniu. Wśród płci męskiej większość ankietowanych podaje występowanie bólów głowy przynajmniej raz w tygodniu, pozostała mniejsza część przynajmniej raz w miesiącu.



Wykres 3.1. – 6. Charakter bólów głowy występujący u ankietowanych.

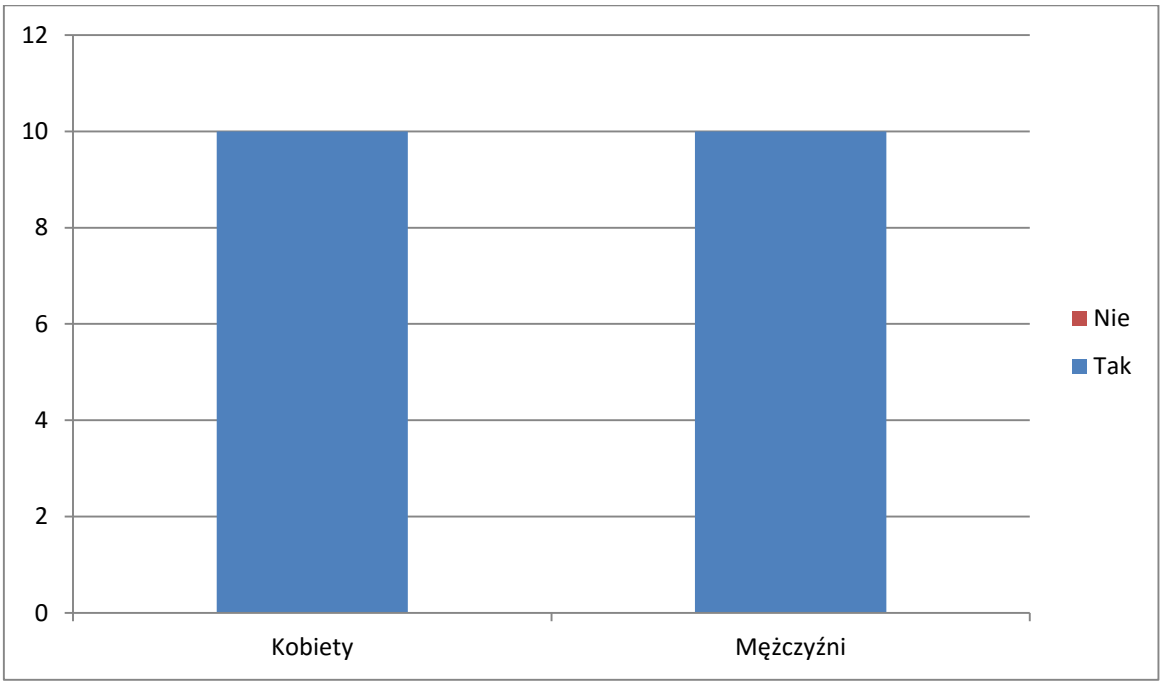
Biorąc pod uwagę uzyskane odpowiedzi, charakter bólów głowy ankietowanych najczęściej określany jest jako jednostronny – w przypadku obu płci.



Wykres 3.1. – 7. Inne dolegliwości współwystępujące z bólami głowy u ankietowanych.

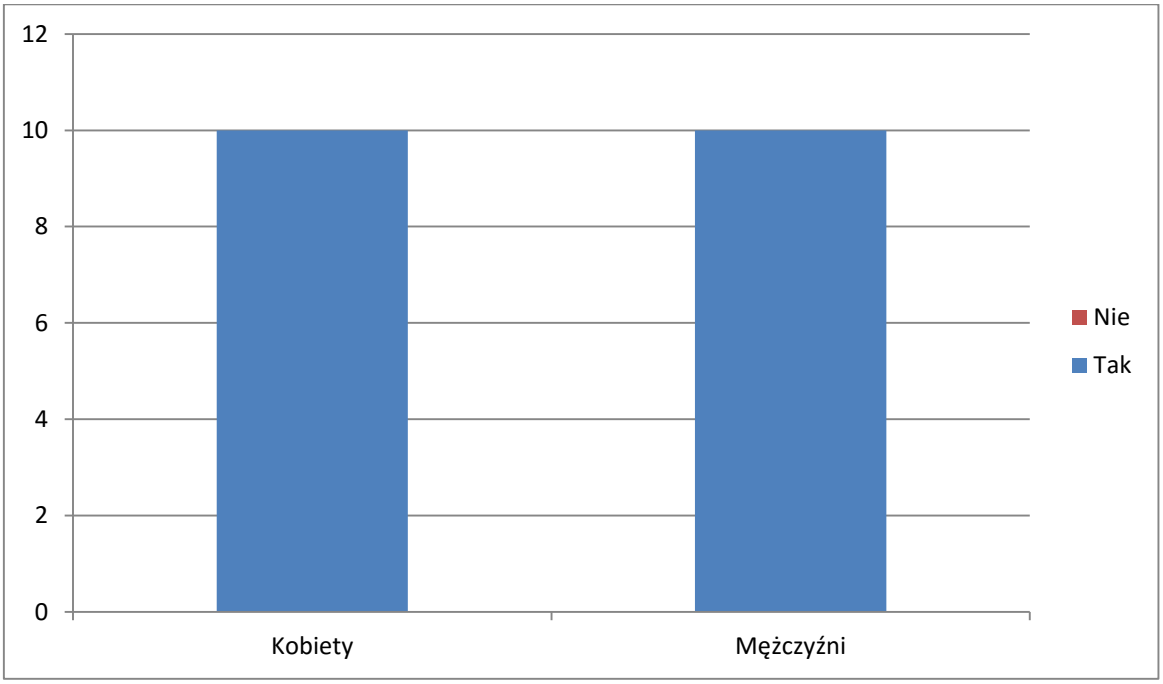
Ankietowani płci żeńskiej podają, iż objawami towarzyszącymi im podczas bólów głowy są: światłowstręt (2 osoby) i nudności (1 osoba). Ankietowani płci męskiej podają, iż objawem towarzyszącym im podczas bólów głowy to

łzawienie (2 osoby). Większość respondentów nie podawało żadnych objawów towarzyszących, prócz samego bólu głowy.



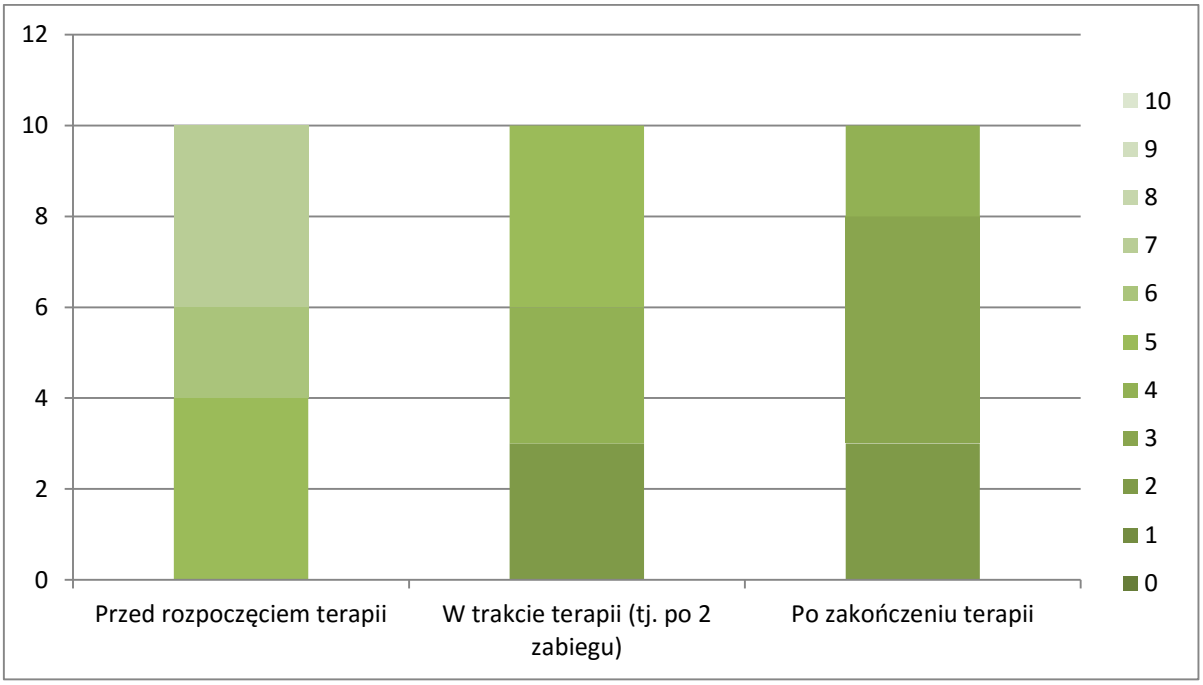
Wykres 3.1. – 8. Stosowanie leczenia farmakologicznego bólów głowy przez ankietowanych.

Wszyscy ankietowani stosują leczenie farmakologiczne w leczeniu bólów głowy.



Wykres 3.1. – 9. Negatywny wpływ bólów głowy na jakość życia ankietowanych.

Wszyscy respondenci odpowiedzieli jednogłośnie, iż bóle głowy mają negatywny wpływ na ich jakość życia.

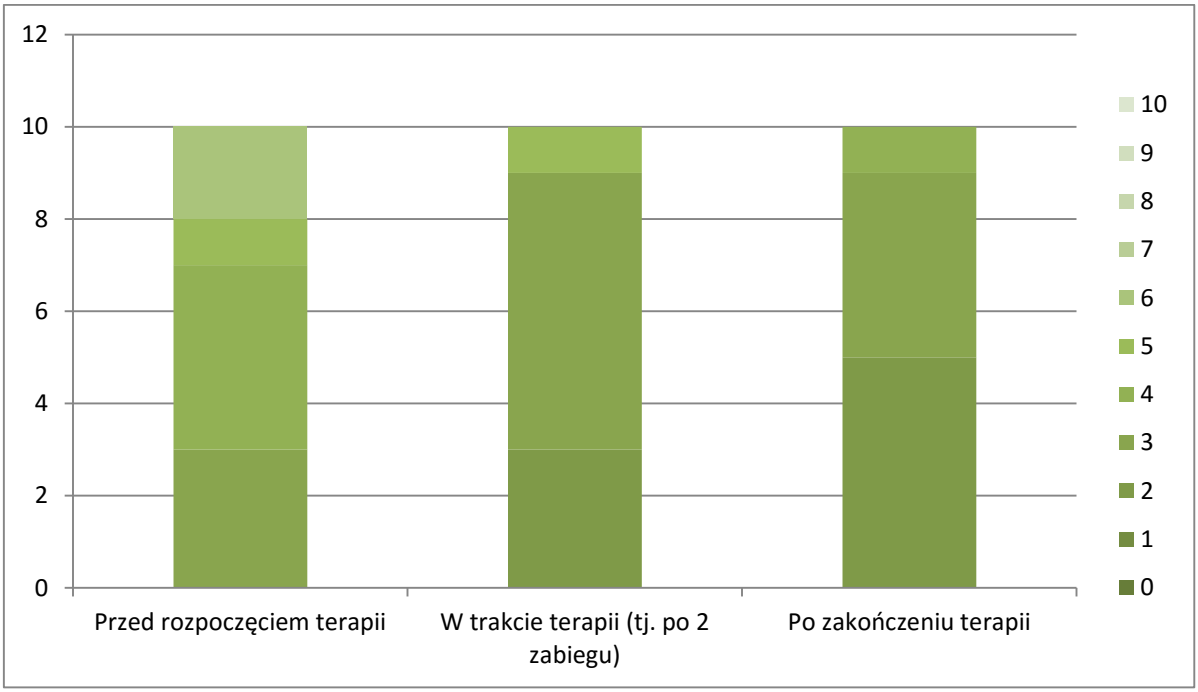


Wykres 3.1. – 10. Ocena poziomu bólu wg skali VAS przed, w trakcie (tj. po 2 zabiegu) i po zastosowaniu akupunktury (Kobiety).

Wśród kobiet przed podjętą terapią akupunktury, najwięcej ankietowanych oceniło swój ból na poziomie 5 (4 osoby) i 7 (4 osoby) w skali VAS.

W trakcie terapii akupunktury (2 tygodnie od jej rozpoczęcia) 3 respondentki określiły swój ból na poziomie 2 w skali VAS, 3 inne respondentki na poziomie 4, zaś 4 pozostałe na poziomie 5 w skali VAS.

Po zastosowaniu akupunktury (tj. po zakończeniu terapii) połowa ankietowanych płci żeńskiej oceniło swój ból na poziomie 3 w skali VAS, na 2 w skali VAS oceniły 3 respondentki, natomiast na 4 – 2 kobiety.

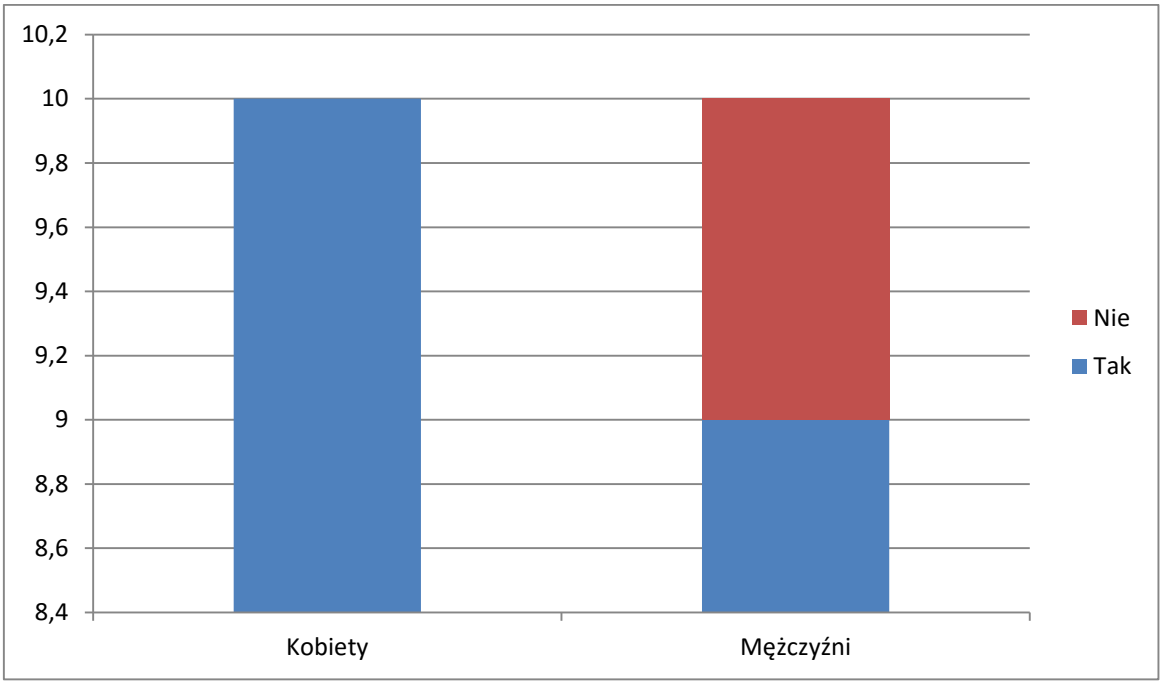


Wykres 3.1. – 11. Ocena poziomu bólu wg skali VAS przed, w trakcie (tj. po 2 zabiegu) i po zastosowaniu akupunktury (Mężczyźni).

Ankietowani mężczyźni, przed podjęciem terapii z zastosowaniem akupunktury, ocenili swój ból na 4 (4 osoby), 3 (3 osoby), 6 (2 osoby), 5 (1 osoba) w skali VAS.

W trakcie terapii (po 2 tygodniach od jej rozpoczęcia) aż 6 ankietowanych płci męskiej oceniło poziom bólu na 3 w skali VAS. 3 osoby sklasyfikowały ból na 2 poziom w skali VAS, zaś 1 osoba na 5.

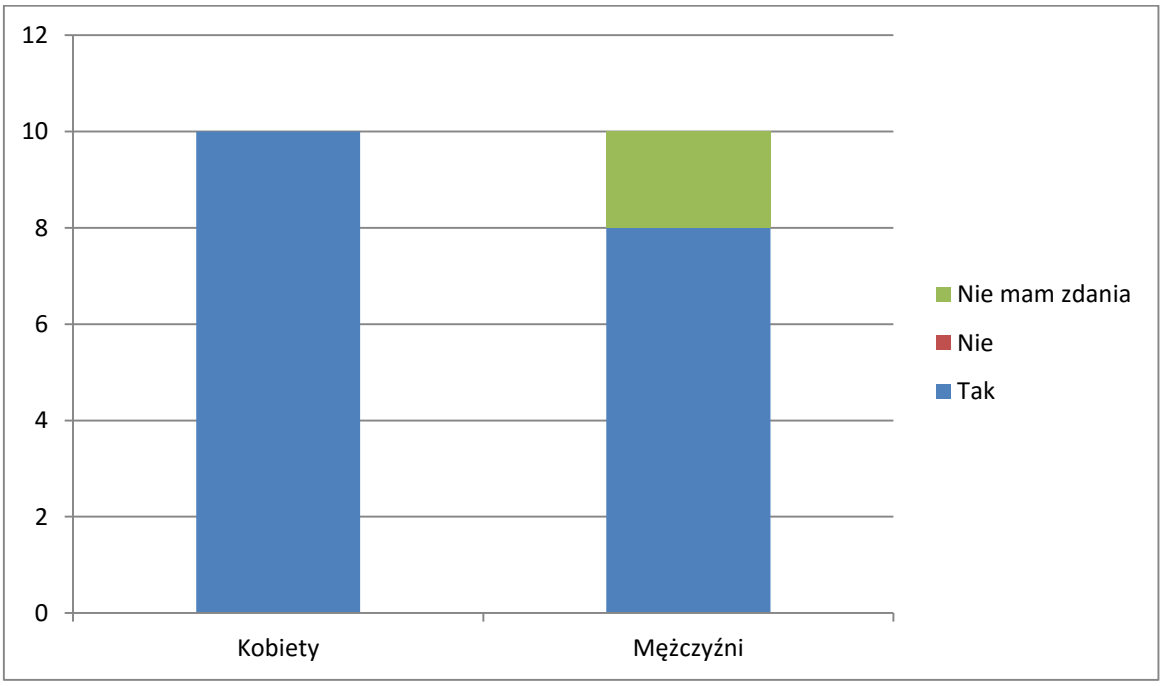
Po zakończeniu terapii połowa ankietowanych mężczyzn określiła swój ból głowy na poziom 2 w skali VAS, 4 ankietowanych na 3 poziom w skali VAS, 1 ankietowany na 4 poziom w skali VAS.



Wykres 3.1. – 12. Poczucie skuteczności zastosowanej akupunktury według ankietowanych.

Wszystkie respondentki płci żeńskiej jednogłośnie opowiedziały się za pozytywnym skutkiem zastosowania akupunktury w ich leczeniu bólów głowy.

Wśród respondentów płci męskiej tylko jeden z nich nie opowiedziało się za skutecznym działaniem akupunktury w leczeniu jego bólu głowy.



Wykres 3.1. – 13. Chęć ponownego zastosowania akupunktury według ankietowanych.

Wszystkie ankietowane kobiety wyraziły chęć ponownego zastosowania akupunktury w przyszłości.

8 ankietowanych płci męskiej wyraziło chęć ponownego zastosowania akupunktury w przyszłości, 2 zaś nie określiło swojego zdania.

Żaden z respondentów nie wyraził sprzeciwu wobec ponownego zastosowania akupunktury w przyszłości.

3.1. Wnioski z przeprowadzonych badań

Z przeprowadzonych badań wynika, iż bóle głowy w badanej grupie częściej dotyczą osób w przedziale wiekowym 31-50 r.ż., a co za tym idzie, będących aktywnymi zawodowo. Są to również osoby głównie mieszkające w miastach, które uskarżają się na bóle głowy w przeważającej liczbie przynajmniej raz w tygodniu. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni najczęściej charakteryzują doskwierający im ból głowy jako jednostronny. Pod względem dolegliwości współtowarzyszących im, ich występowanie jest stosunkowo niewielkie, jednak wśród płci żeńskiej są nimi nudności i światłowstręt, zaś wśród płci męskiej łzawienie. Wszyscy ankietowani stosują farmakoterapię w objawowym leczeniu bólów głowy i dla każdego z nich dolegliwość ta ma negatywny wpływ na ich życie.

Ankietowani określili ból głowy przed zastosowaniem akupunktury jako umiarkowany, gdyż ich odpowiedzi nie przekraczają 7 poziomu w skali VAS.
Porównując wykresy przedstawiające ocenę poziomu bólu przed, w trakcie i po zastosowaniu akupunktury (wykres 10, 11), można wysnuć wnioski, iż przynosi ona pozytywne skutki, zarówno wśród respondentów płci żeńskiej jak i męskiej. Analizując odpowiedzi dotyczące poczucia skuteczności zastosowanej terapii, większość respondentów ocenia ją pozytywnie i wyraża chęć ponownego zastosowania akupunktury.

Po dokonaniu analizy piśmiennictwa oraz rozważań na temat uzyskanych odpowiedzi, można rzec, iż akupunktura nie bez powodu utrzymuje swoją popularność od początku swego powstania. Wykorzystywana już od najdawniejszych lat do zwalczania każdego niedomagania ludzkiego organizmu, zdobywa zarówno swoich zwolenników jak i przeciwników, jednak im bardziej rozwija się gałąź badawcza medycyny, tych pierwszych jest znacznie więcej. Odkrywając tym samym dogłębniej fizjologiczne podłoże działania akupunktury, coraz częściej staje się ona prawidłowo wykorzystywana w leczeniu, w tym leczeniu bólów głowy i niesie ze sobą pożądane działania.

4. Dyskusja

Jak wynika z przedstawionych wyników badań, w praktycznym stosowaniu akupunktury niezmiernie ważny jest rozwój dziedziny badawczej, która potwierdzi skuteczność stosowania tego typu zabiegów w leczeniu wspomagającym bólów głowy. Ważne jest uwzględnienie odmienności pomiędzy różnymi typami bólów głowy oraz braku możliwości standaryzacji osób badanych. Obecnie nie istnieje wiele badań eksperymentalnych, które dałyby konkretny obraz dotyczący tego zagadnienia, ponieważ w większości tego typu badań badacz sugeruje się subiektywną oceną osoby badanej.

Dodatkowo można zauważyć, iż nie tylko różnice między dokonanymi pomiarami, ale również niejednorodne warunki badań, przyczyniają się do niskiej wartości naukowej podejmowanych badań.

W Europie, w ostatnich latach, coraz więcej poświęca się miejsca na badania skuteczności akupunktury, m.in. u pacjentów z migreną. W badani przeprowadzonym na grupie 62 kobiet z bólem głowy typu napięciowego, w porównaniu z zastosowaniem fizjoterapii, zastosowanie zabiegów akupunktury uzyskało mniejsze efekty[60]. W literaturze europejskiej i polskiej, na temat leczenia bólów głowy za pomocą akupunktury, można znaleźć badania dotyczące dzieci, jednak są to grupy badane nieliczne na tyle, aby przenieść wyniki na szerszą populację. Badanie przeprowadzone na grupie dzieci z bólem głowy przewlekłym typu napięciowego wykazało, iż akupunktura jest bezpiecznym i skutecznym sposobem leczenia[61].

Uzyskane wyniki w niniejszej pracy mogą sugerować skuteczne działanie wspomagające akupunktury w leczeniu bólów głowy, jednak uzyskanie grupy badawczej, która byłaby jak najbardziej wartościowa pod względem naukowym nie jest rzeczą łatwą, z powodu braku szczegółowo opracowanych narzędzi badawczych, kosztów samego badania oraz rozpowszechnienia zabiegów akupunktury w naszym społeczeństwie.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż ankietowani w znacznej większości wyrazili chęć ponownego zastosowania akupunktury, co sugerować może, iż podejmowanie działań, które zweryfikują wpływ tego typu terapii na bóle głowy, może przynieść pozytywne korzyści.

---

[60] J. Carlsson, A. Fahlkranz, L.E. Augustinsso, *Muscule tenderness in tension headache treated with acupuncture and physiotherapy*. Cephalia 1990;10: s. 131–141.

[61] J. Wendorff, P. Woźniak., P. Półrola, *Akupunktura w leczeniu dzieci z przewlekłym bólem głowy typu napięciowego*, Neurologia dziecięcia 18/2009:36: s. 37-39.

5. Bibliografia

5.1. Opracowania zwarte

1. Dobrogowski J., Wordliczek J. *Medycyna bólu*, Warszawa 2004.
2. Garnuszewski Z., *Renesans akupunktury*, Warszawa 1988.
3. Kajdański E., *Medycyna chińska dla każdego*, Kraków 2011.
4. Lehmann-Horn F., Ludolph A. i wsp., *Neurologia. Diagnostyka i leczenie*, Wrocław 2004.
5. Operacz H., *Leczenie akupunkturą*, Warszawa 1997.
6. Operacz H.: *Zasady akupunktury* - teoria i praktyka, Warszawa 1991.
7. Szczęśniewski M., *Podstawy akupunktury*, Koszalin 1991.

5.2. Opracowania w wydawnictwach ciągłych

1. De Walden-Gałuszko K. *Psychologiczne aspekty bólu*. Przewodnik Lekarski 2001.
2. Klocek M., Dereń M., Balicka-Ślusarczyk B. i wsp., *Występowanie i lokalizacja bólów głowy u chorych na nadciśnienie tętnicze*, Arterial Hypertension 2011;15(2).
3. Korzeniowska K., Szałek E., Ból, Farmacja współczesna 2010.
4. Linet MS, Celentano DD, Stewart WF. *Headache characteristics associated with physicianconsultation: a population-based survey*. Am J Prev Med 1991.
5. Lipton R.B., Bigal M.E. i wsp. *Klasyfikacja samoistnych bólów głowy*, Neurology wydanie polskie, 6/2004.
6. Melizia E., Andreucci G., Paolucci D., Crescensi F., Fabrii A.: *Elektroacupuncture and peripheral betaendorphin and ACTH levels*, Lancet, 1979.
7. Olesen J. i wsp.: *The Headaches*, Filadelfia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.
8. Pascual J, Combarros O, Leno C, Polo JM, Rebollo M, Berciano J., *Distribution of headache by diagnosis as the reason for neurologic consultation*. Med Clin 1995.
9. Przeklasa-Muszyńska A., Dobrogowski J., Wordliczek J. *Patofizjologia bólu ostrego*. Terapia 2006.
10. Prusiński A., *Leczenie migreny i innych bólów głowy*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010.
11. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kułak W. i wsp. *Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne*. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3).

12. Silberstein S.D., Lipton R.B., D'alessio D.J., *Overview, diagnosis and classification of headache*. In: Silberstein S.D., Lipton R.B., Dalessio D.J., eds. Wolff's headache and other facial pain. New York: Oxford, 2001.
13. Sjólung B., Terenius L., Erikson M.: *Increased cerebrospinal Fluid levels of endorphins after elektroacupuncture*. Acta Phy-siol. Scand., 1977.
14. Szczudlik A., Kwasucka J.: *Zachowanie się immunoreaktywności beta-endorfinopodobnej we krwi chorych z przewlekłym bólem, leczonych punktowym drażnieniem receptorowym (akupunkturą).* Neur. Neurochir. Poi., 1984, XVIII.
15. Voll R.: *Topografische Lagę der Messpunkte der Elektroaku-punktur*, Uelzen 1976, t. I.
16. Żórawska J., Morawski A., Trnka J., Steciwko A., *Aspekty bioetyczne medycyny niekonwencjonalnej w praktyce lekarza rodzinnego*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica nr30/2003.
17. Xie Q.: *The neurophysiological basis of acupuncture analgesia*. Skrypt do wykładów akupunktury lekarzy chińskich, szkolących lekarzy polskich na kursie w CMKP, Warszawa 1987.

5.3. Źródła niepublikowane

1. Dyczek H. *Rola akupunktury 5-elementowej w regulowaniu „metabolizmu emocjonalnego" ustroju człowieka*, I Międzynarodowa Konferencja Akupunktury Tradycyjnej, Bydgoszcz 2013.
2. *Headache Classification Committee of the International Headache S.: The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013.
3. *Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders*. Cephalalgia 2004; 24.

5.4. Źródła elektroniczne

1. http://www.seremet.org/who_zdrowie.html, [Dostęp: 10.03.2016r.].
2. http://sjp.pwn.pl/sjp/holizm;2560673.html, [Dostęp: 10.03.2016r.].
3. http://www.who.int/iris/handle/10665/42414#sthash.TVXIZlzE.dpuf, [Dostęp: 10.03.2016r.].
4. http://docplayer.pl/3204494-Bole-glowy-peter-j-goadsby-neil-h-raskin-rozdzial-15-bole-glowy.html, [Dostęp:14.03.2016r.].
5. http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404, [Dostep:: 15.03.2016r.].

6. http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404, [Dostep: 15.03.2016r.].
7. http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404, [Dostęp:: 15.03.2016r.].
8. http://www.akupunktura.org/index.php?url=tresc&id_news_topic=5, [Dostęp: 04.05.2016r.].
9. http://www.terapia-wschodu.pl/artykuly_drogi_energii.html, [Dostęp: 14.04.2016r.].

6. Spis tabel

Tabela 1.1.1. – 1. Bóle głowy pierwotne i wtórne. Podział wg. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ICHD-3)..... 5
Tabela 1.1.1. - 2. Najczęstsze z przyczyn bólu głowy. 7

7. Spis rycin

Ryc. 1.1.1. – 1. Struktura bólu głowy..... 6
Ryc. 1.1.2. – 1. Algorytm rozpoznawania bólów głowy. 9
Ryc. 1.1.2. – 2. Algorytm rozpoznawania samoistnych bólów głowy..... 10
Ryc. 1.1.2. – 3. Verbal Analogue Scale (VAS). 11
Ryc. 1.1.2. – 4. Verbal Rating Scale (VRS) 11
Ryc. 1.1.2. – 5. Numerical Rating Scale (NRS) Ź 11
Ryc. 1.1.2. – 6. Kwestionariusz McGill (wersja skrócona). 12
Ryc. 1.1.3. – 1. Reakcja organizmu na akupunkturę - schemat. Wg Kassil G.N., Boewa E.M., Wein A.M.. 19
Ryc. 1.2.3. – 2. Przygrzewanie punktu akupunkturowego za pomocą moxy 20
Ryc. 1.2.3. – 3. Przygrzewanie punktów akupunkturowych cygarem z moxy. 21
Ryc. 1.2.3. – 4. Przygrzewanie punktu akupunkturowego przy pomocy igły z palącą się moxą. 21
Ryc. 1.2.3. – 5. Naturalny przebieg meridianów w ludzkim ciele (od przodu, od tyłu oraz od boku)..... 23

8. Spis wykresów

Wykres 3.1. – 1. Płeć ankietowanych. 32
Wykres 3.1. – 2. Przedział wiekowy ankietowanych.. 33
Wykres 3.1. – 3. Aktywność zawodowa ankietowanych.. 33
Wykres 3.1. – 4. Miejsce zamieszkania ankietowanych.. 34
Wykres 3.1. – 5. Częstość występowania bólów głowy u ankietowanych. 34
Wykres 3.1. – 6. Charakter bólów głowy występujący u ankietowanych. 35
Wykres 3.1. – 7. Inne dolegliwości współwystępujące z bólami głowy u ankietowanych.. ... 35
Wykres 3.1. – 8. Stosowanie leczenia farmakologicznego bólów głowy przez ankietowanych.. 36
Wykres 3.1. – 9. Negatywny pływ bólów głowy na jakość życia ankietowanych.. 36
Wykres 3.1. – 10. Ocena poziomu bólu wg skali VAS przed, w trakcie i po zastosowaniu akupunktury (Kobiety).. 37
Wykres 3.1. – 11. Ocena poziomu bólu wg skali VAS przed, w trakcie i po zastosowaniu akupunktury (Mężczyźni)..... 38
Wykres 3.1. – 12. Poczucie skuteczności zastosowanej akupunktury według ankietowanych.. 39
Wykres 3.1. – 13. Chęć ponownego zastosowania akupunktury według ankietowanych.. 39

9. Załączniki

Załącznik nr 1.

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Jestem słuchaczem Szkoły Akupunktury Tradycyjnej w Bydgoszczy. Proszę o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest uzyskanie opinii na temat: Zastosowania (wspomagającego) akupunktury w leczeniu bólów głowy. Badania są anonimowe, a ich wyniki posłużą do napisania pracy dyplomowej. Dziękuję za pomoc.

1. Płeć:
   a) Kobieta
   b) Mężczyzna
2. Wiek
   a) 20-30 lat
   b) 31-50 lat
   c) powyżej 50 lat
3. Aktywność zawodowa
   a) Jestem aktywny/a zawodowo
   b) Nie jestem aktywny/a zawodowo
4. Miejsce zamieszkania
   a) Wieś
   b) Miasto
5. Jak często występują u Ciebie bóle głowy
   a) Przynajmniej raz w tygodniu
   b) Przynajmniej raz w miesiącu
   c) inne: ……..
6. Jaki charakter mają Twoje bóle głowy
   a) Ból jednostronny (np. migrena)
   b) Ból obustronny
7. Jakie inne dolegliwości towarzyszą Ci podczas bólu głowy
   ……..
8. Czy stosujesz leczenie farmakologiczne
   a) Tak
   b) Nie

9. Czy bóle głowy mają negatywny wpływ na jakoś Twojego życia
   a) Tak
   b) Nie
10. Jak oceniasz poziom bólu głowy jaki u Ciebie występował przed zastosowaniem akupunktury, w skali od 0 do 10
   …….
11. Jak oceniasz poziom bólu głowy jaki u Ciebie występuje podczas stosowania akupunktury, w skali od 0 do 10
   ……
12. Jak oceniasz poziom bólu głowy jaki u Ciebie występuje po zastosowaniu akupunktury, w skali od 0 do 10
   ……
13. Czy uważasz, że zastosowana terapia przyniosła Tobie ulgę
   a) Tak
   b) Nie
14. Czy w przyszłości podjąłbyś/podjęłabyś się ponownej terapii z zastosowaniem akupunktury w celu leczenia bólu głowy
   a) Tak
   b) Nie
   c) Nie mam zdania