

Inledning

ÖRONAKUPUNKTUR OCH SKALPAKUPUNKTUR har starka influenser av både kinesisk och västerländsk medicin. Båda terapierna har utvecklats från mitten av 1900-talet och fortsätter att vidareutvecklas och detta kapitel ska i första hand ses som en introduktion till dessa terapier.

Öronakupunktur och skalpakupunktur är två av flera områden i kroppen, såsom händer, fötter, ansikte, näsa, handleder, fotleder, buk, rygg, ben och ögon, vilka fått beteckningen ECIWO (Embryo containing information from the whole body) och mikroakupunktur. Förkortningen myntades av professor Ying-Qing Zang vid Shan Dong Universitetet år 1973. Efter cirka 20 års forskning inom akupunktur upptäckte han en rad akupunkturpunkter i anslutning till det andra metakarpalbenet, vilka korresponderar med övriga delar av kroppen.¹ De distala punkterna motsvarar kroppens övre del och de proximala den nedre delen av kroppen. I varje del av kroppen kan man finna information om helheten i embryonal (foster) form. Professor Zang fann att många sjukdomar och symtom svarade utmärkt på behandling i detta område och till och med blev botade. Bland annat hemiplegi, hjärnskada orsakad av hjärnskakning, hypertension, sömnstörningar, huvudvärk och migrän, ulcussjukdom, artrit, ischias, nacksmärtor, ryggsmärtor, kranskärlssjukdom, prostatahypertrofi och smärtor på grund av cancer.²

År 1976 introducerade amerikanen Ralph Alan Dale begreppen mikro- respektive makroakupunktur. Mikroakupunktur avser ett mindre område som innehåller information om helheten. Med mikrosystem/ECIWO kan man både diagnostisera och behandla korresponderande kroppsdelar och inre organ. Makroakupunktur syftar på meridianer och akupunkturpunkter på kroppen i övrigt.

18.1 | ÖRONAKUPUNKTUR

De tidigaste arkeologiska fynd som beskriver öronakupunktur (ÖA) gjordes år 1973 vid utgrävningar i byn Mawangdui i utkanten av staden Changsha i Hunanprovinsen i Kina. Tre gravar från västra Handynastin (206 f.Kr. - 23) öppnades och i grav nummer tre fann man medicinska och filosofiska texter. Bland annat beskrivs öronakupunktur för behandling av besvär relaterade till ögon, hals och kinder samt de övre extremiteterna. Detta var närmare trehundra år före Huang di nei jing skrevs. I Huang di nei jing och i huvudsak i den andra delen, ling shu, beskrivs ett stort antal referenser till öronakupunktur, närmare bestämt 93 stycken.³ Under Suidynastin (581 - 618) skrev läkaren Yang Shang-shan i boken Viktig information från Huang di nei jing, i vilken han bland annat nämner: ”*Vid hetta i området framför örat [i tragusområdet] är sjukdomen relaterad till tunntarmen [s meridien]*”. Vidare skriver läkaren Huang-Fu Mi under Jindynastin (205 - 420) i sin bok Klassiker i akupunktur och moxibustion: ”*Ett fyllt blå-grönt blodkärl i örat hos ett barn kan vittna om konvulsioner och buksmärtor, såväl som om diarré med osmält föda i avföringen*”. En samtida läkare var Ge Hong som skrev i boken Läkemedel i reserv för nödsituationer: ”*Att blöda mitt i örat [diafragma punkten] och punkten för inre näsan samt [intag av] kinesisk vårlök kan behandla hjärnblödning, blodpropp i hjärnan samt chock*”. Vidare skriver den berömda läkaren Sun Si-Miao under Suidynstien (581 - 618) i sin bok Recept värda tusen guldmünt: ”*Örats centrum [diafragma punkten] kan användas vid behandling av gulsot av yang-typ, såväl som vid epidemiska sjukdomar av kall och varm natur*”. Under Mingdynastin (1368 - 1644) skriver läkaren Yang Ji-Zhou i sin bok Det stora kompendiet i akupunktur och moxibustion: ”*Moxabehandling med fem små moxakoner på punkten ERJIAN [M-HN-10] kan bota grå starr*”.

En avgörande insats för ytterligare utveckling av ÖA gjorde den franske neurologen Paul Nogier år 1957 en karta över örat i formen av ett uppochnedvänt foster. På kartan fanns referenser till områden och punkter i örat som korresponderade med olika kroppsdelar och inre organ. Det som väckte Dr. Nogiers intresse för detta område var när han fann ärr i örat hos patienter, som berättade att de blivit botade från ischiassmärter genom ett mindre kirurgiskt ingrepp i örat. Han utförde samma ingrepp och fann till sin förvåning att resultatet var utmärkt. Detta var startskottet för honom att vidare undersöka om även andra områden i örat hade en korrespondens med övriga kroppsdelar och organ. Så småningom kunde han presentera en karta över örat och lade grunden för ett helt nytt medicinskt system – aurikuloterapi (AT). Det utgjorde även en renässans för ytterligare utveckling av ÖA i Kina. Notera att skillnaden mellan aurikuloterapi och öronakupunktur. AT bygger till största del på västerländska, biomedicinska teorier och ÖA på den kinesiska medicinens teorier. I denna introduktion beskrivs främst kinesisk öronakupunktur.



Fig. 53. Barnet i örat.

Applikationsområden

ÖA har en rad applikationsmöjligheter, inte minst för att ÖA kan användas både diagnostiskt och terapeutiskt vid en rad olika sjukdomstillstånd. Vidare kan man använda ÖA vid preventiv behandling och även i samband med analgesi och anestesi. ÖA erbjuder en rad fördelar. I. Lätt att lära och applicera. II. I rätta händer en mycket säker metod och i det närmaste helt utan biverkningar. III. Kostnadseffektiv och applicerbar i de flesta sammanhang. Indikationsområden för ÖA är olika smärttillstånd, inflammatoriska sjukdomar, sjukdomar i nervsystemet, hormonella sjukdomar, allergier, reumatoida sjukdomar, sjukdomar i andningsvägarna, kroniska sjukdomar, infektionssjukdomar med flera. Det betyder att ÖA har en potential och bredd som gör den intressant och attraktiv i många sammanhang.

Embryologisk förklaringsmodell

Dr. Nogiers förklaringsmodell har sitt ursprung i den tidiga fosterutvecklingens första veckor vilka kallas preembryoperioden (groddperioden). I embryot, som börjat utvecklas efter äggets implantation i endometriet, och i detta skede består av en samling celler under organisation och utan några mänskliga drag, läggs grunden för olika vävnadsstrukturer. Dessa bildas kring en millimeterstor groddskiva (bestående av hypoblastceller) med tre lager av celler som kallas groddblad. De tre groddbladen är ektoderm, mesoderm och endoderm, och är tillika utgångsmaterialet och startpunkten för bildandet av kroppens alla vävnader och organ. Korrelationen mellan de tre groddbladen och örats anatomiska delar under fosterutvecklingen, samt innervation av dessa områden i vuxen ålder, utgör det centrala i denna förklaringsmodell.

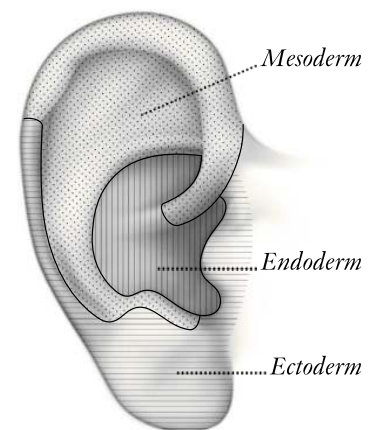


Fig. 54. De tre groddbladen.

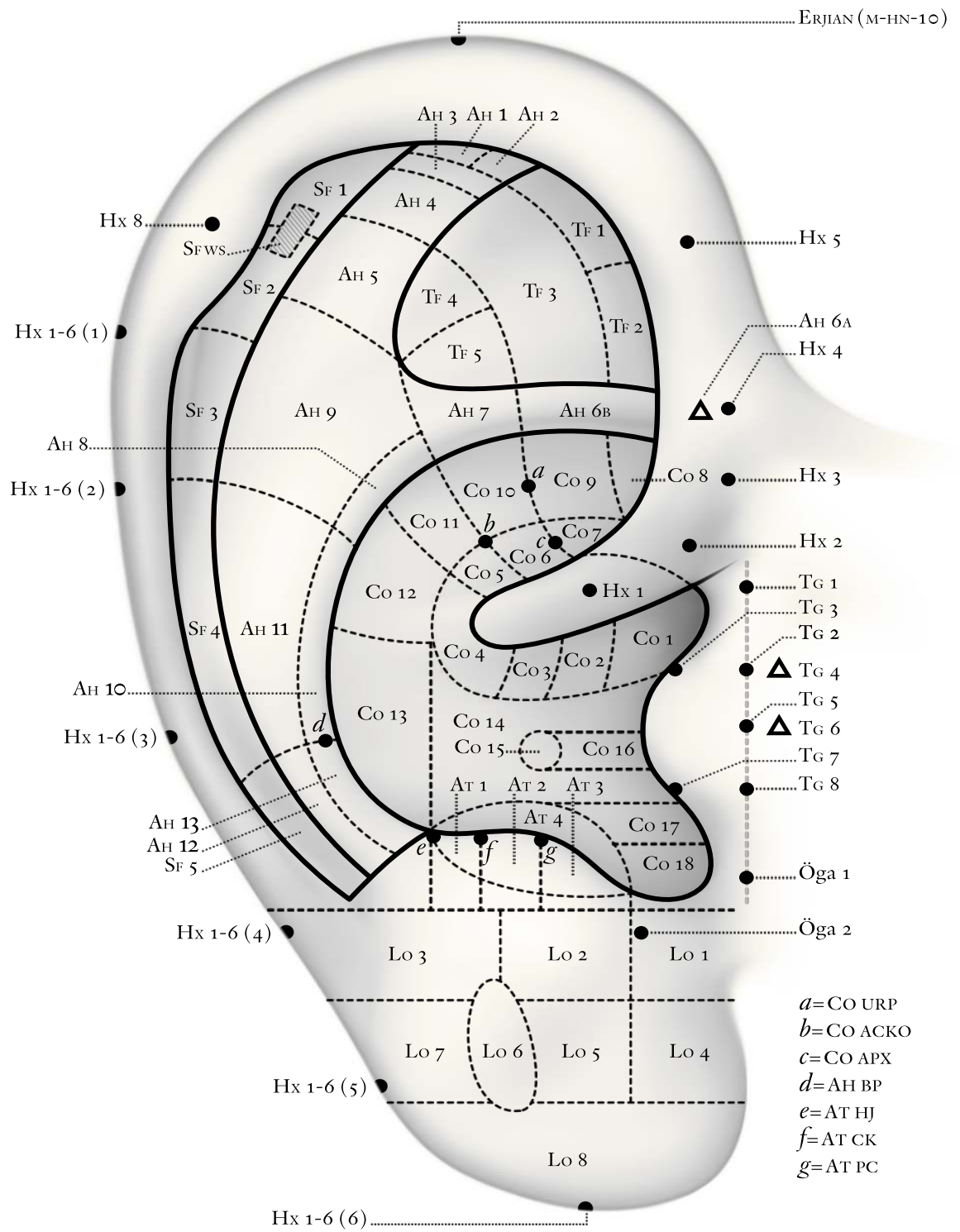


Fig. 57. Örats områden och punkter på framsidan.

Helix: Hx
 Scapha: Sf
 Antihelix: Ah
 Fossa triangularis: Tf
 Concha (både övre cymba concha och nedre cavum concha): Co
 Antitragus: At
 Öronlob: Lo
 Tragus: Tg
 Dold punkt: Δ

Helix

Hx 1, ÖRATS CENTRUM
 Hx 2, REKTUM
 Hx 3, URETRA
 Hx 4, YTTRE GENITALIA
 Hx 5, ANUS
 ERJIAN [M-HN-10]
 Hx 8, LEVER-YANG
 Hx 1-6 HELIX

Scapha

Sf 1, FINGRAR
 Sf ws, WINDSTREAM
 Sf 2, HANDED
 Sf 3, ARMBÅGE
 Sf 4, AXEL OCH SKULDERBLAD
 Sf 5, NYCKELBEN

Övre crista antihelix

Ah 1, HÄL
 Ah 2, TÅR
 Ah 3, FOTKNÖLAR
 Ah 4, KNÄ
 Ah 5, HÖFT

Nedre crista antihelix

Ah 6A, SYMPATIKUS
 Ah 6B, ISCHIASNERVEN
 Ah 7, GLUTEER

Antihelix

Ah 8, BUK
 Ah 9, LUMBOSAKRALKOTOR
 Ah 10, BRÖSTKORG
 Ah 11, THORAKALKOTOR
 Ah 12, NACKE
 Ah 13, CERVIKALKOTOR
 Ah bp, BÖLDPUNKT (d)

Fossa triangularis

Tf 1, Ö. FOSSA TRIANGULARIS
 Tf 2, INRE GENITALIA
 Tf 3, M. FOSSA TRIANGULARIS
 Tf 4, SHENMEN
 Tf 5, PELVIS

Cymba och cavum concha

Co 1, MUN
 Co 2, MATSTRUPE
 Co 3, ÖVRE MAGMUN
 Co 4, MAGE
 Co 5, TOLVFINGERTARM
 Co 6, TUNNTARM
 Co 7, TJOCKTARM
 Co 8, PROSTATA
 Co 9, URINBLÅSA
 Co 10, NJURAR
 Co 11, GALLBLÅSA/
 BUKSPOTTKÖRTEL
 Co 12, LEVER
 Co 13, MJÄLTE
 Co 14, LUNGOR
 Co 15, HJÄRTA
 Co 16, LUFTSTRUPE/BRONKER
 Co 17, SANJIAO
 Co 18, ENDOKRIN
 Co urp, URETERPUNKT (a)
 Co alko, ALKOHOLPUNKT (b)
 Co apx, APPENDIXPUNKT (c)

Antitragus

At 1, OCCIPITALOMRÅDET
 At 2, TEMPORALOMRÅDET
 At 3, FRONTALOMRÅDET
 At 4, SUBCORTEX
 At hj, HJÄRNSTAM (e)
 At ck, CENTRALA KANTEN (f)
 At pc, PINGCHUAN (g)

Öronloben

Öga 1 och Öga 2
 Lo 1, TÄNDER
 Lo 2, TUNGA
 Lo 3, KÄKAR
 Lo 4, FRÄMRE ÖRONLOB
 Lo 5, ÖGA
 Lo 6, KIND/ANSIKTE
 Lo 7, INNERÖRA
 Lo 8, TONSILL

Tragus

Tg 1, YTTERÖRA
 Tg 2, TÖRST
 Tg 3, TRAGUS ÖVRE KANT
 Tg 4, FARYNX OCH LARYNX
 Tg 5, NÄSANS YTTRE
 Tg 6, NÄSANS INRE
 Tg 7, BINJURAR
 Tg 8, HUNGER

Örats baksida

Ör 1, ÖRATS ÖVRE ROT
 Ör 2, ÖRATS MELLERSTA ROT
 Ör 3, ÖRATS NEDRE ROT
 Ae, ANTIHELIX FÅRA
 H py, HJÄRTATS POSTERIORA YTA
 Le py, LEVERNS POSTERIORA YTA
 M py, MJÄLTENS POSTERIORA YTA
 Lu py, LUNGANS POSTERIORA YTA
 N py, NJURARNAS POSTERIORA YTA

18.8 | SKALPAKUPUNKTUR

Skalpakupunktur i dess nuvarande utformning är en terapiform som utvecklats baserad på både kinesisk medicin och västerländsk biomedicin. Behandling med akupunkturpunkter på skalpen, för att reglera störningar i huvudet/hjärnan och sinnesorganen, samt besvär i de inre organen och övriga perifera delar av kroppen, är inget nytt utan har använts under hela akupunkturhistorien. Vad som däremot är nytt är integrering av den kinesiska akupunkturmetodiken med biomedicinska, neuroanatomiska och neurofysiologiska teorier. Främst med avseende på det centrala nervsystemets (hjärnans) korrelation med det perifera nervsystemet och närmare bestämt sensoriska och motoriska områden i hjärnbarken.

Historiskt har skalpakupunktur utvecklats i Kina sedan 1950-talet och ett större genombrott kom under 1970-talet. Dr. Jiao Shunfa, neurokirurg i Shanxi provinsen, kartlade systematiskt skalpen och fann korrespondenser mellan skalpen och hjärnbarkens olika områden vilka kunde användas kliniskt. I och med den upptäckten lade han (och hans tidigare kollegor) grunden för en ny behandlingsmetod inom akupunkturen. År 1977, vid den första internationella akupunktur och moxibustion konferensen i Beijing, fick skalpakupunktur ett internationellt erkännande och Dr. Jiao formellt erkänd som dess grundare. Vid den tiden användes skalpakupunktur i första hand vid behandling av paralyser och afasi till följd av stroke. Sedan dess har behandlingstekniker och tillämpning utökats och standardiserats genom ytterligare forskning och klinisk erfarenhet. Andra forskare och innovatörer har utvecklat egna system baserade på Dr. Jiao Shunfas system, bland annat professor Zhu Mingqing samt den japanske läkaren Toshikatsu Yamamoto.

Skalpakupunktur skiljer sig från kinesisk medicin i övrigt genom att: I. De områden på skalpen som behandlas med akupunktur är oftast korrelerade med den somatotopiska presentationen av kroppen i hjärnbarken (soma: kropp, topi: karta). Dessa områden ansvarar för centrala funktioner i nervsystemet däribland motorisk aktivitet, känsel, sinnesintryck, syn, tal, hörsel och balans. Vid en ytlig betraktelse stämmer dessa områden inte överens med teorierna om *jing luo*. Vid en närmare betraktelse kan man finna att dessa områden mycket väl kan korrespondera via *sun luo* och *fu luo*, det vill säga de allra minsta *luo*-förgreningarna som utgår från *jing mai* och *jing luo*. Dessa ansluter från det inre av kroppen/hjärnbarken med kroppsytan till hud och hudhår. II. Vid behandling med skalpakupunktur appliceras nålar i områden eller snarare linjära zoner än punkter, vilka överensstämmer med hjärnbarkens somatotopiska områden i storhjärnan och lillhjärnan

Skalpakupunktur har visat sig effektiv vid en rad både akuta och kroniska sjukdomar relaterade till centrala och perifera nervsystemet.^{13,14} Ibland kan man med några få nålar erhålla omedelbar förbättring inom några minuter. Exempel på sjukdomstillstånd som skalpakupunktur är lämplig för är i huvudsak sjukdomar och skador förknippade med det centrala nervsystemet/hjärnan, såsom följer av stroke med afasi, paralyser, balanssvårigheter och yrsel, sjukdomar som Parkinsons sjukdom, MS, neuropsykiatriska störningar, epilepsi, nedsatt hörsel och syn, tinnitus med flera.

Somatotopiska områden i hjärnbarken

Den somatotopiska presentationen av kroppens motoriska och sensoriska funktioner i hjärnbarken finner man i första hand kring centralfåran (sulcus centralis) på höger och vänster sida. Motoriska funktioner och nervimpulser som reglerar viljemässig styrning av skelettmuskler är lokaliserade i hjärnhalvornas motoriska centra, gyrus precentralis. Den är belägen i den posteriora delen av frontal-

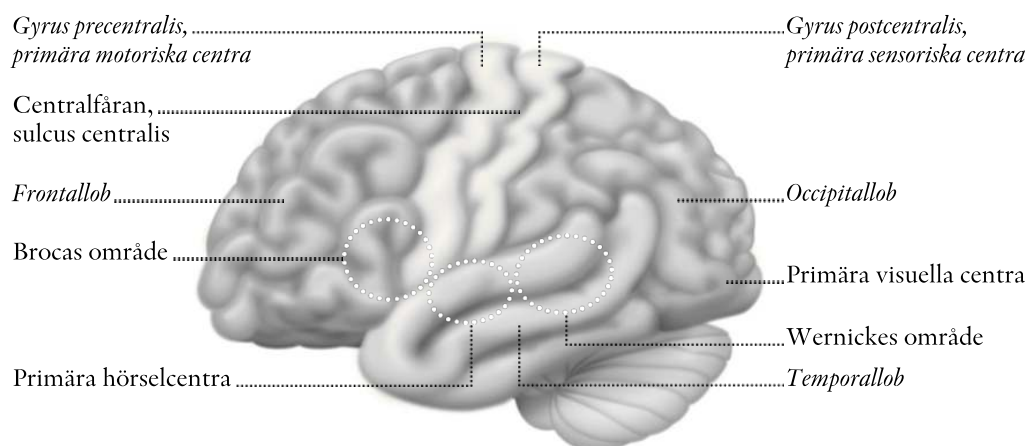


Fig. 65. Hjärnan

loben i båda hjärnhalvorna och reglerar skelettmuskler i den motsatta kroppshalvan. Gyrus postcentralis är benämningen på området direkt bakom centralfåran på hemisfärens utsida (och något på dess insida), lokaliserad i parietallobens anteriora del. Den tar emot känselintryck från hud, såsom beröring, tryck, töjning, lokalisering av smärt- och temperaturretningar, från rörelseapparaten i den motsatta kroppshalvan. Detta område gör oss medvetna om de rörelser som vi utför och som omedvetet låter oss kontrollera att de planerade rörelserna utförs på rätt sätt, fig. 64. Vidare är båda hjärnhalvornas motoriska och sensoriska centra i hjärnbarken relaterade till olika delar av kroppen, med början i den övre tredjedelen, vilka omfattar nedre extremiteterna. Den mellersta delen till övre extremiteterna och den nedre tredjedelen av ansiktet och huvudet. Skalpakupunkturlinjer som korresponderar med dessa områden i hjärnan är MS6 och MS7, fig. 66. Nervsignaler som går från höger respektive vänster motoriska centra i hjärnbarken, omkopplas i förlängda märgen (medulla oblongata) till motsatt sidan. Likaså tar höger sida av sensoriska centra i hjärnbarken emot nervsignaler som kommer från kroppens vänstra sida. Mot den bakgrunden behandlas halvsidiga besvär från skalpens motsatta sida. Bilaterala åkommor behandlas alltid bilateralt på skalpen.

Brocas område befinner sig i den nedre delen av frontalloben. Området är det motoriska talcentrum som har till uppgift att koordinera rörelser som krävs för att formulera talet. Wernickes område är lokaliserat i temporalloben och är knuten till talförståelse. Information distribueras vidare till de områden i den primära motoriska hjärnbarken som styr tunga, läppar, kinder, svalg, mjuka gommen och stämbanden samt andnings- buk- och bäckenmuskulatur. De linjer som korresponderar med dessa funktioner är nedsatt hörsel och språkområde 3, fig. 71.

Frontalloben består av en höger och en vänster halva. I den posteriora delen är det motoriska centrata gyrus precentralis lokaliserat. I både höger och vänster frontallob finns områden relaterade till högre kognitiva funktioner, bland annat inlevelse, medkänsla, intuition, förmåga att ta in och bearbeta information, minnesfunktioner, problemlösning (exempelvis utförandet av multipla uppgifter), att kunna se och analysera komplexa samband och dra slutsatser (som är liktydigt med intelligens), inläring och verklighetsuppfattning. Till dessa funktioner är i synnerhet MS1 Linje MS i frontalområdet förknippad. Ytterligare linjer i frontalområdet är MS2 LINJE I, MS3 LINJE II och MS4 LINJE III. Dessa

är relaterade till urinblåsans meridian, gallblåsans och magens meridianer, fig. 67. Något direkt samband med frontallobens funktioner har jag inte funnit. Förmodligen är dessa linjers korrelationer till vardera indikationsområde till stor del empiriska och i samklang med respektive meridians funktioner. Detta gör dem naturligtvis inte mindre verkningsfulla, endast att utgångspunkten mer hör till den kinesiska medicinens teorier.

Occipitalloben är den del av hjärnan som främst bearbetar visuella intryck och gör informationen från ögat begriplig. Skador på occipitalloben kan leda till en nedsatt förmåga att förstå och tolka synintryck. Ett symptom som kan uppträda vid skador på occipitalloben är skotom, viket avser förlust av eller nedsatt syn i del av synfältet. I occipitalområdet finner man två linjer, MS12 och MS13, som är speciellt relaterade till *du mai* och urinblåsans meridian. Indikationer är synstörningar, lokala symptom och besvär i lumbosakralområdet. I denna region finns ytterligare en linje, MS14, som är förknippad med cerebellum och urinblåsans meridian, med användningsområden som balanssvårigheter samt huvudvärk, fig. 70.

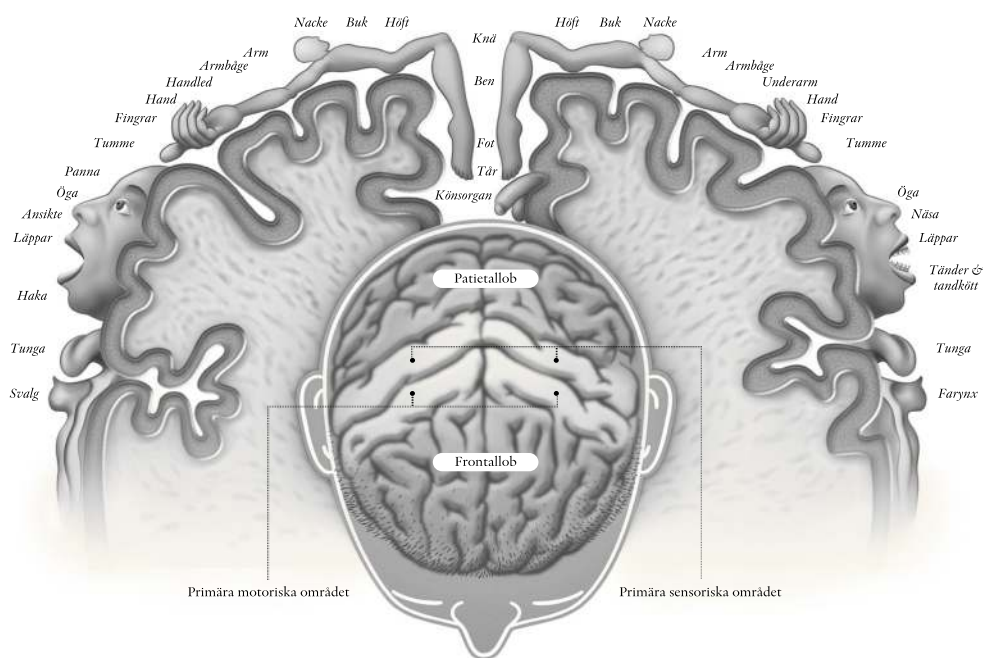


Fig. 64. Sensoriska och motoriska centra.

Nomenklatur och linjer

År 1991 presenterade WHO en standardiserad nomenklatur över skalpakupunkturlinjerna, vilken arbetats fram med hjälp av China Acupuncture Association. Skalpen är indelad i 4 regioner och 14 linjer. Förkortningarna MS avser M: Micro-system och S: Skalp-akupunktur. Notera att områden som är relaterade till yrsel, hörsel, språk samt fotens motoriska och sensoriska linjer, inte finns medtagna i den standardiserade nomenklaturen.

Detektion av referenslinjer

Man använder i huvudsak två referenslinjer för detektion av punkter och områden. I. Anteriora-posteriora medianlinjen. II. Ögonbryn och occipitallinjen. Den anteriora-posteriora medianlinjen utgår från området mellan ögonen och punkten YINTANG [M-HN-3] och sträcker sig posterior till occipitala protuberansen och punkten FENGFU [Gv 16]. Med den linjen detekteras punkten BAIHUI [Gv 20] som är referenspunkt och lokaliserad i medianlinjen halvvägs mellan YINTANG och posteriora protuberansen. Detektion av referenslinjer kan dels göras med händer/fingrar eller att man använder ett snöre som mäter upp avståndet med. Halva snörlängden är avståndet från YINTANG [M-HN-3] till BAIHUI [Gv 20].

0,5 cm posterior om BAIHUI [Gv 20] löper MS6, den främre tvärgående vertex-temporala linjen och är den motoriska linjen. Linjen löper anterior om centralfäran och över det motoriska området i hjärnbarken. MS7 är den bakre tvärgående vertex-temporala linjen och är den sensoriska linjen. Linjen löper posterior om centralfäran och över det sensoriska området i hjärnbarken.

Ögonbryn och occipitallinjen sträcker sig från occipitala protuberansen till mitten av ögonbrynet. I området där linjen passerar hårfästet finner man en referenspunkt för för den bakre tvärgående vertex-temporala linjen MS7, som anger centralfärens riktning. MS6 löper parallellt med MS7. Om tydligt hårfäste saknas dras en vertikal linje från XIAGUAN [St 7] till ögonbryn och occipitallinjen Fig.66.

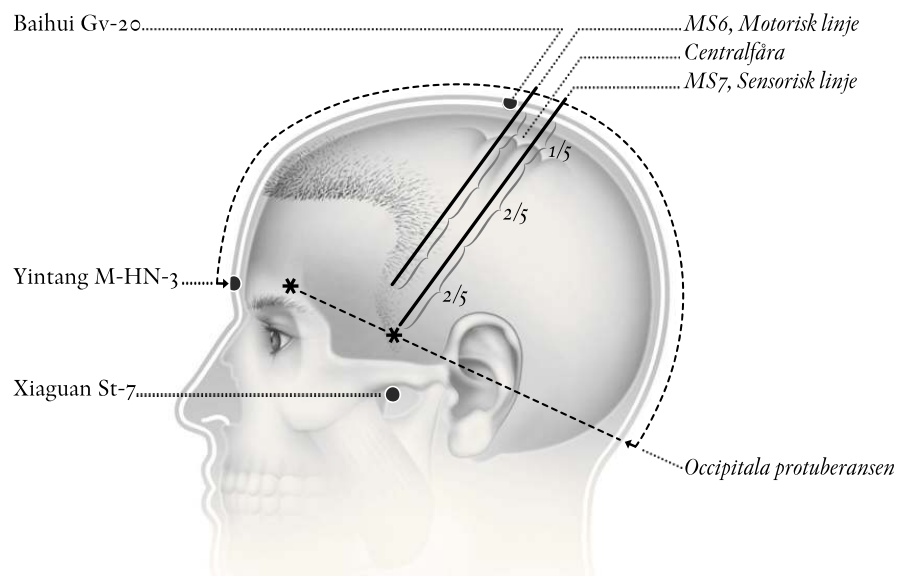


Fig. 66. Referenslinjer.