

Rezeptor-Akupunktur

Die Stimulationsdiagnostik sensibilisierter Rezeptoren

von F. Daling

Zusammenfassung

Die hochfrequente Nadelstimulation ermöglicht eine reproduzierbare Lokalisation und die Bestimmung des Aktivitätsgrades sensibilisierter Rezeptoren. Diese Rezeptoren entsprechen in ihrer topographischen Lage- beziehung und ihrer Funktion den bekannten Akupunkturpunkten. Das Stimulationsprinzip beruht auf der Erkenntnis, daß durch einen unterschwelligem, repetitiven Nadelreiz spontan reflexartige vegetative und zentrale Reaktionen über einer pathologisch veränderten Rezeptorstruktur auslösbar sind. Normal funktionierende Rezeptoren sprechen auf diesen Reiz dagegen nicht an. Dort sind weder spinale Reflexe noch zerebrale Schmerzempfindungen auslösbar. Die Stärke des bewußt wahrgenommenen Reizes ist proportional dem Sensibilisierungsgrad des Rezeptors. Daraus ergibt sich das Maß der funktionellen Abweichung und der Behandlungsbedürftigkeit des selektierten Punktes. Die systematische direkte Diagnostik ermöglicht somit eine Aussage über die therapeutische Relevanz der gefundenen Akupunkturpunkte. Die subjektiven Beschwerden und Symptome sind als individuelles „Störungsmuster“ in Übereinstimmung mit dem Befund einer traditionellen Herangehensweise darstellbar. Mit der Besserung der Beschwerdesymptomatik normalisiert sich der Sensibilisierungsgrad des Punktes. Damit ist der Behandlungsverlauf kontrollierbar.

Schlüsselwörter: Akupunkturdiagnose, hochfrequente unterschwellige Rezeptorstimulation, Lokalisation sensibilisierter Akupunkturpunkte

Summary

High-frequency needle stimulation facilitates the reproducible localization of sensitized receptors and the determination of their degree of activity. These receptors correspond to the known acupuncture points as far as their function and location are concerned. The diagnosis of receptors using stimulation is based on the knowledge that – by applying subliminal and repetitive needle stimuli – reflex, vegetative and central reactions will be triggered off via a pathologically altered receptor structure. Receptors that function normally do not respond to this weak type of stimulus. There neither spinal reflexes nor cerebral sensations of pain can be activated. The intensity of the consciously perceived stimulus is proportional to the receptor's degree of sensitivity. This observation yields the extent of the selected point's functional deviation and need of treatment. Consequently, this type of direct receptor diagnosis makes possible a statement about the therapeutic relevance of the found acupuncture points. Subjective complaints and symptoms can be described as individual „patterns of disorder“

Problemstellung

In der Akupunktur spielen folgende grundsätzliche Fragen bezüglich der Diagnostik und Therapie eine herausragende Rolle:

1. Ist die Störung des Patienten zutreffend, in der ganzen Komplexität erfaßt? Sind die wesentlichsten Störungsmuster herausgearbeitet?
2. Inwieweit ist die Wirkung der Akupunktur, insbesondere die der einzelnen Punkte objektivierbar? Welche funktionellen Beziehungen bestehen zwischen den sog. Fernpunkten, den Mikrosystemen und den Nahpunkten?
3. Welche der therapeutischen Punkte sind übergeordnet und besitzen bei der bestehenden Störung die effektivste und umfassendste Wirkung?

Das sind Fragen von großer Bedeutung für die praktische Tätigkeit des Akupunkteurs – sowohl im Hinblick auf die Einschätzung der Wirkmöglichkeiten der Akupunktur, als auch für die Auswahl der wichtigsten Punkte und zur Beurteilung der Prognose einer Störung.

Die Rezeptor-Stimulationsdiagnostik

Die Funktionsweise der Akupunktur beruht darauf, daß sich eine Störung und die entsprechende, nach den Prinzipien der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) erstellte Diagnose in typischer Weise an den zu behandelnden Akupunkturpunkten (AP) widerspiegelt. Um die vorhandenen Veränderungen an den AP erkennen und das System der peripheren AP für eine systematische Diagnostik nutzen zu können, ist eine für diese Struktur adäquate Reizform erforderlich.

Diese Reizform wurde mit der hochfrequenten Rezeptorstimulation in den letzten Jahren experimentell entwickelt. Hier werden erstmalig die Grundlagen und die ersten Ergebnisse der Rezeptorakupunktur vorgestellt.

in correspondence with the results of traditional approaches. The point's degree of sensitivity stabilizes along with the amelioration of the complaint symptoms. Thus the course of treatment is controllable.

Key words: *diagnosis of acupuncture, high-frequency and subliminal stimulation of receptors, localization of sensitized acupuncture points*

Inzwischen ist diese Methode bei ca. 800 Patienten in mehr als 5000 Akupunkturbehandlungen eingesetzt worden. Ein mechanisches Gerät gewährleistet eine differenzierte, unterschwellige Nadelstimulation durch eine feinste Akupunktureenmalnadel, die in einem Führungsröhrchen mit zentrierter Hohl- und einer Frequenz von 1000 bis 5000 /min auf und ab bewegt wird.

Merkmale der Rezeptor-Stimulationsdiagnostik:

- reproduzierbare Lokalisation des als Rezeptorstruktur identifizierten AP
- gleichzeitige Bestimmung des Sensibilisierungsgrades als proportionales Maß der funktionellen Abweichung und der Behandlungsbedürftigkeit des AP
- Objektivierung des Rückganges der Sensibilisierung des AP im Behandlungsverlauf
- Früherkennung funktioneller Störungen und Erkrankungen

Die traditionelle chinesische Akupunktur-Diagnose

Die TCM mit ihrem über Jahrtausende gewachsenen Erfahrungsschatz stellt die umfassende Grundlage der Akupunktur dar. Deshalb ist die Erarbeitung ihrer wissenschaftlichen Grundlagen die wichtigste Voraussetzung für die Anwendung der Akupunktur (8).

Die vier diagnostischen Verfahren – Betrachten, Hören und Riechen, Befragen, Palpation – beruhen auf einer induktiv-synthetischen Methodik und münden in eine Sammlung und Interpretation der Symptome in der Gesamtschau des Organismus unter den Bedingungen seiner Umwelteinflüsse. Äußere Faktoren wie Kälte, Wind, Feuchtigkeit, Hitze, Umweltbelastungen, Luftverschmutzung, aber auch innere Faktoren wie emotionaler Dauerstreß, falsche Ernährung und Bewegungsmangel können zu eingeschränkter Regulationsfähigkeit der Grundsubstanz und der vegetativen Funktionen führen.

Vor jeder organischen Erkrankung besteht eine längere Phase der funktionellen Störung, die sich im Meridiansystem des Körpers ausdrückt. Die traditionelle Diagnostik vergleicht die aktuelle Symptomatik einer Krankheit mit den empirischen Aussagen und ordnet sie bestimmten „Störungsmustern“ zu. Die Abweichungen werden anhand diagnostischer Muster der inneren Organe, der acht Prinzipien und denen von Qi, Blut und Körperflüssigkeiten dargestellt (10).

Das sind Aspekte einer wahrhaft prophylaktisch orientierten Medizin, die im Gegensatz zu der organzentrierten, analytischen Sichtweise des westlichen Medizinsystems und des sich daraus ergebenden Verlustes der Gesamtschau des Menschen eine gewaltige Anziehungskraft ausübt.

Die Akupunkturpunkte (AP)

Aus traditionell chinesischer Sicht sind die AP „Öffnungen der Innenwelt zur Außenwelt“. Eine gleichbleibende Lokalisation der AP postulierend, wurde ihre kartographische Darstellung und die Übertragung anhand anatomisch markanter Formationen und der Cuntmessung auf den menschlichen Körper ermöglicht (9,12). Der AP befindet sich nicht nur in der Haut, sondern auch in tieferen Geweben wie der Muskulatur, den Sehnenansätzen, Gelenkkapseln, dem Periost und über Nervenstämmen und Gefäßen (5).

Die topographische Lagebeziehung der Punkte ist eine Funktion der ausgeprägten zerebralen Repräsentanz dermalen Schichten. Dagegen läßt sich das für die Akupunkturwirkung wichtige „Deqi“-Gefühl vorwiegend nur in tieferen Geweben auslösen und ist nicht exakt lokalisierbar. AP sind Reaktionsstellen reflektorischer Krankheitszeichen auf der Körperoberfläche und unter normalen Verhältnissen unauffällig.

Erst bei einer Störung des mit ihm korrelierenden Organs oder einer „zugeordneten“ Körperregion wird der Punkt „aktiv“ und damit diagnostisch und therapeutisch bedeutungsvoll (9).

Neurophysiologische und neuroanatomische Grundlagen

Die funktionelle Struktur der AP

In 82% aller klassischen AP findet sich ein Gefäß-Nerven-Bündel, welches eine entsprechende Perforation der oberflächlichen Faszie durchzieht (5). Diese morphologischen Untersuchungen kennzeichnen den AP als freie Nervenendigung, umgeben von lockerem Bindegewebe (4,16). Vegetative Efferenzen besitzen einen modellierenden Einfluß auf die neurorezeptive Struktur. Aus neurophysiologischer Sicht sind die freien Nervenendigungen Sensoren des Warnsystems unseres Körpers und werden als Nozizeptoren bezeichnet (17).

Schmerzen von der Körperoberfläche werden durch Nozizeptoren der Haut und Schmerzen in den tiefen viszerale Geweben und des Bewegungsapparates über viszerale bzw. Nozizeptoren in Muskeln, Sehnen, Gelenken, Knochen und Periost übertragen.

Gesunde nozizeptive Nervenfasern besitzen keine Ruheaktivität und eine so hohe Schwelle, daß sie erst auf starke mechanische, thermische oder chemische Reize ansprechen (7, 14). Durch ein entsprechendes Trauma oder eine Entzündung können die Neurone jedoch sensibilisiert werden. Darunter versteht man die Erniedrigung der Erregbarkeitsschwelle, die Erhöhung der Impulsentladungen auf Reize und die sich entwickelnde Spontanaktivität (17). Hierbei werden Neuropeptide wie z. B. Substanz P, CGRP, Histamin und Serotonin freigesetzt. Substanz P aktiviert die Mastzellen, erzeugt eine präkapilläre Vasodilatation und eine postkapilläre Plasmaextravasation (15, 17).

Ähnliche neurogene Reaktionen findet man auch in den tiefen somatischen Geweben, z. B. in den Gelenkkapseln. Sie werden als neurogenes Ödem bezeichnet und sind die Basis für spontane und evozierte Schmerzen in der Haut und in den tiefen somatischen Geweben bei den Patienten (6). Unter pathophysiologischen Bedingungen wie Entzündungen werden weitere nozizeptive Afferenzen, die normalerweise stumm sind, rekrutiert, entwickeln Spontanaktivität als Ausdruck der Plastizität der peripheren Nozizeptoren (7).

Experimentelle Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß es bei persistierenden noxischen Reizen im Nervensystem zu biochemischen und molekularbiologischen Langzeitveränderungen kommt. Diese beobachtete Neuroplastizität beruht auf Veränderungen der Genexpression in den Nervenzellen (18).

Auch das sympathische Nervensystem kann wie bei der sympathischen Reflexdystrophie durch Kopplungen zwi-

schen erregten sympathischen und afferenten Neuronen an der Entstehung von Schmerzen beteiligt sein (7).

Die Diagnostik „aktivierter“ AP

Als führende Aktivitätszeichen eines AP gelten die Druckschmerzhaftigkeit, die Änderung der Gewebekonsistenz und der Durchblutung (9).

Da der Hautwiderstand im Bereich der AP herabgesetzt ist, können diese durch elektrische Punktsuchgeräte ermittelt werden. Diese Methode hat sich in der praktischen Anwendung nicht durchsetzen können, da sie keine Aussage über die Behandlungsbedürftigkeit der so gefundenen Punkte zuläßt (8).

Die Palpation mit und ohne Hilfsmittel stellt die Basisuntersuchung dar. Sie vermittelt eine Orientierung über die Veränderung der Hautareale, Bindegewebe, Muskulatur und der Gelenke. Da eine Druckdolenz sowohl in der Zone der primären als auch der sekundären Hyperalgesie auftritt, ist die Veränderung der Drucksensibilität kein spezifisches Zeichen für den sensibilisierten AP.

Als Ausdruck einer kontinuierlichen Reizung von Nozizeptoren entsteht die primäre Hyperalgesie im Areal der Reizung. Durch eine zentrale Sensibilisierung resultiert in der Umgebung des primär aktivierten Punktes eine größere druckschmerzhaftige Zone. In diesem Gebiet der sekundären Hyperalgesie besteht keine Sensibilisierung der peripheren Nozizeptoren bzw. AP. Vermittelt über die zentrale Veränderung erzeugen niederschwellige Mechanorezeptoren in dem größeren Areal eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit auf nicht schmerzhaftige Reize (6). Darum ist durch die Palpation eine Differenzierung zwischen dem primären AP und den sekundären, durch zentrale Prozesse ausgelösten Veränderungen in der Umgebung des Punktes nicht möglich. Hier liegt m. E. ein wichtiger Grund für die unterschiedliche Einschätzung sowohl der Lokalisation und Größe,

als auch der Funktion der AP.

Für die Akupunkturwirkung ist jedoch die Behandlung des primären, auslösenden Punktes oder Rezeptors, dessen Größe mit 1 bis 7 mm angegeben wird, entscheidend (7, 14, 15), denn Nozizeptoren sind nicht nur passive Meßfühler für Schmerzreize, sondern sie beeinflussen je nach Funktionszustand die chemische Zusammensetzung des Gewebes, in dem sie sich befinden. Die Ergebnisse zeigen, daß nach der Nadelung eines sensibilisierten Punktes die reaktiv veränderten Rezeptoren in der Haut und den tiefen Geweben wieder zur normalen Funktion zurückkehren.

Die adäquate Reizform für den „aktivierten“ AP

Zur Beurteilung des funktionellen Zustandes des AP ist eine differenziertere Methode erforderlich, die den für diese Rezeptorstruktur adäquaten Reiz verwendet. Von den möglichen thermischen, chemischen und mechanischen Reizformen eignet sich für die vorliegende Fragestellung nur die mechanische, da sie am besten dosiert und beliebig oft wiederholt werden kann.

Ein sensibilisierter Nozizeptor ist charakterisiert durch eine Senkung der Reizschwelle und eine stärkere Reizantwort auf schwache, nichtschmerzhaftige Reize. Daher muß der diagnostische Stimulus für eine normale Rezeptorstruktur unerschwellig sein, um nur die sensibilisierten Strukturen zu differenzieren. Elektrische Reize sind zwar in Dauer und Intensität genau dosierbar, eignen sich jedoch nicht, da elektrische Impulse unnatürliche Reize darstellen, die in der Regel sämtliche aufsteigenden und nicht selektiv die schmerzleitenden Nervenfasern erregen.

Von den mechanischen Reizformen bietet sich der Nadelreiz an, weil diese Technik durch 3000 Jahre Akupunktur erfahrung bestens fundiert ist. Die Nadelstichtchnik hat sich als eine sehr effektive Therapiemethode besonders

in der Schmerzbehandlung bewährt (8, 10).

Wie kann nun dieser für die Schmerzrezeptoren adäquate Reiz diagnostisch nutzbar gemacht werden?

Die von *Gleditsch* im Rahmen der Mundakupunktur entwickelte „Verypoint“-Technik ermöglicht durch die manuelle „Nadeltastung“ eine Punktlokalisation (2). Diese Technik hat inzwischen viele Anhänger gefunden, da es ohne besonderen technischen Aufwand möglich ist, den primären AP in kleineren Arealen, wie den Mikrosystemen, zu selektieren. Bei dieser Methode besteht jedoch die Gefahr, daß durch ungeschicktes oder unregelmäßiges Abtasten des Areals mit der Nadelspitze künstlich Punkte „produziert“ werden.

Wichtige Einschränkungen der manuellen Nadelstimulation bestehen darin, daß keine standardisierten Reizparameter festgelegt und eine vergleichende Untersuchung des Sensibilisierungsgrades der Punkte nicht vorgenommen werden kann. Darüber hinaus ist die manuelle Abtastgeschwindigkeit für die reproduzierbare Darstellung aktivierter Körper-AP nicht ausreichend. Eine Lokalisation von weit auseinanderliegenden Punkten ist so äußerst mühsam und nicht praktikabel.

Aus dieser Schwierigkeit und der somit höheren „Trefferquote“ im Mikrosystembereich erklärt sich möglicherweise die verbreitete Auffassung, daß diese Punkte auch wirksamer als entsprechende Körper-AP sind.

Die hochfrequente Rezeptorstimulation

Wird der Nadelreiz so verändert, daß der einzelne Stich kaum mehr wahrnehmbar und die Reizstärke durch eine hohe Stimulationsfrequenz modulierbar wird, treten typische Reaktionen bei Kontakt mit einem sensibilisierten Rezeptor auf. Die Lokalisation des so gefundenen Punktes entspricht in der Regel exakt einem bekannten AP.

Die hochfrequente, repetitive Stimulation ist für die präzise Darstellung der AP im Verlauf eines Meridians wesentlich. Sie scheint eine potenzierende Reizwirkung auf den zuvor sensibilisierten Nozizeptor zu besitzen. Neben der Leitgeschwindigkeit ist die Fähigkeit der Nervenfasern zur Übermittlung frequenter Impulsfolgen bedeutsam (3).

Der aktivierte AP drückt sich durch die fremdreflexartige Reaktion auf spinaler Ebene und durch eine bewußte, zentrale Wahrnehmung der Empfindungsstärke aus. In zeitlicher Verzögerung treten vegetative Veränderungen im Punktbereich auf. Die Flucht- und Abwehrreflexe als auch zahlreiche vegetative Reaktionen der Haut und der inneren Organe werden über das nozizeptive motorische Reflexsystem und die spinalen Reflexbögen organisiert. Aufsteigende und absteigende Nervenbahnen besitzen eine Kontrollfunktion der peripheren Reize (3).

Als Endprodukt der Informationsverarbeitung kommt es in den sensiblen Rindenfeldern des zentralen Nervensystems zur Erregung einer größeren kortikalen Zellpopulation. Das Gehirn in seiner Gesamtheit ist am Prozeß der Bewußtwerdung des sensiblen Reizes beteiligt. Die Stärke des bewußt wahrgenommenen Reizes ist proportional dem Sensibilisierungsgrad der Rezeptorstruktur (7, 17).

Untersuchungstechnik und Meßmethoden

Das wesentliche diagnostische Kriterium bei der Rezeptorakupunktur ist die Stärke der bewußt wahrgenommenen Empfindung auf den an einem bestimmten Punkt weitergeleiteten Stimulationsreiz.

Der sensibilisierte AP entspricht dem Punkt, an dem die Erregbarkeitsschwelle erniedrigt ist und der auf den repetitiven, für einen normalen Rezeptor unterschwelligen Reiz mit einer erhöhten Impulsentladung antwortet.

Die Kenntnis der Lagebeziehung der

Punkte und Meridiane sowie der Grundregeln der TCM stellen eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Untersuchung und Diagnostik mit dieser Methode dar. Die Reizstärke, einstellbar durch die Frequenz und die Abtasttiefe der Nadel, ist stets so gering wie möglich zu halten und der Gesamtsituation des Patienten anzupassen. Bei akuten Störungen sind geringe Reize ausreichend. Chronische Prozesse verlangen dagegen stärkere Reizstufen, da das betroffene Gebiet durch Adaptationsvorgänge unempfindlicher geworden ist. Bei Vorliegen einer entzündlichen Komponente besteht in der Regel eine Übersensibilisierung und es lassen sich weitaus mehr sensible Punkte als üblich darstellen.

Für den Untersuchungsgang wird der Patient aufgefordert, die Empfindungsstärke an jedem untersuchten Punkt im Vergleich zu einem Referenzpunkt anzugeben. Nacheinander werden die Anfangs- und Endpunkte der Meridiane, die Alarmpunkte und die Zustimmungspunkte getestet. Nach Identifizierung eines gestörten Meridians wird dieser im gesamten Verlauf auf weitere sensible Punkte untersucht. Die Messung der Empfindungsintensität, die der sensorisch-diskriminativen Komponente des Reizes zuzuordnen ist, erfolgt durch eine sogenannte visuelle Analogskala (VAS) (1). Die jeweilige Stärke der Empfindung wird auf einem skalierten Balken von 0 bis 10 aufgetragen (Linker Rand 0 = nicht schmerzhaft, rechter Rand 10 = Toleranzgrenze).

Somatosensorisch evozierte Potentiale (SSEP) korrelieren mit der Reizintensität und mit der Stärke der subjektiven Empfindung. Da viele Reizwiederholungen erforderlich sind, um eine synchron und zeitlich eng begrenzte Erregung der peripheren Nervenfasern hervorzurufen, werden oft elektrische Reize eingesetzt. Wie bereits oben erwähnt, haben diese den Nachteil, nicht selektiv nozizeptorische Nervenendigungen, sondern alle niederschweligen Rezeptoren zu erregen.

Mit der hochfrequenten Nadelstimulation werden selektiv schmerzleitende Nervenfasern durch die Imitation des „Code“ für die Impulsentladungsmuster stimuliert. Entsprechende neurophysiologische Untersuchungen sind erforderlich, um weiteren Aufschluß über die noch offenen Fragen geben zu können.

Kasuistiken

Lumboischialgie links

Ein 37-jähriger Patient stellte sich mit seit drei Wochen bestehenden Ruhe- und Belastungsschmerzen im Bereich der linken unteren LWS mit Ausstrahlung bis in den linken Fuß vor. Neben den ziehenden Schmerzen gab der Patient Kribbelparästhesien im Bereich des linken Fußes und des linken distalen Unterschenkels an. Zuvor bestand eine erhebliche Belastungssituation (Promotion) sowie ein Einfluß durch feuchte Kälte.

Der neurologische Untersuchungsbe- fund ergab einen erheblich einge-

schränkten Gang mit einer Schonhal- tung und Schwäche des linken Beines. Der Fersen- und Zehenspitzen- gang war links nicht möglich, Lasegue links bei 60 Grad positiv, ASR und PSR links diskret abgeschwächt, Hypästhe- sie in den Segmenten L 4/5 und L 5/S 1 links, Reklinationsschmerz der unte- ren LWS, Finger-Boden-Abstand 60 cm. Die Zunge des Patienten war blaß, feucht und leicht geschwollen. Der Puls tastete sich tief und abgeschwächt über der linken hinteren und den mitt- leren Positionen.

Die Computertomographie bestätigte einen sequestrierten, mediolateralen BSV in Höhe L4/5 mit einer L 5 Wur- zelkompression links.

Weitere Diagnosen: Osteochondrose L5/S1, Asthma bronchiale.

TCM-Diagnose: Milz-Leber-Blut- Mangel und Leere-Kälte der Blase in Folge eines Nieren-Yang-Mangels.

Die Punktwahl und -lokalisierung (Abb. 1, 2) erfolgten durch die Rezeptorstimulationstechnik. An allen behandel- ten Punkten wurde das „Deqi“-Gefühl durch eine manuelle Nadelmanipulati- on ausgelöst. Zusätzlich erfolgte eine

Moxaanwendung der Nadel über Bl 23, sowie die elektrische Stimulation der Punkte Bl 32, 53, 54 und Gbl 30, 32. Während der Behandlung wurden insgesamt die Fernpunkte Le 3, Ni 3, Mp 3, Bl 40, 39, 60, 62, Gbl 39 einbe- zogen. Nach viereinhalb Wochen The- rapiedauer gab der Patient keine Be- schwerden mehr an. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Behandlung durch Krankengymnastik und Qi Gong vervollständigt. Nach sechs Wochen und insgesamt 13 Akupunktursitzun- gen konnte die Behandlung bei anhal- tender Beschwerdefreiheit abgeschlos- sen werden.

Zwei Monate nach Abschluß der Be- handlung wurde anlässlich eines ge- planten zweijährigen Auslandsaufent- haltes eine neurochirurgische und computertomographische Kontrolle vorgenommen. Befundergebnis: Der Patient ist beschwerdefrei, neurologi- sche Untersuchung o.B., vollständige Resorption des sequestrierten BSV, keine Wurzelverlagerung L 5 mehr nachweisbar. Ausheilung des Band- scheibenleidens.



Abb. 1: Lumboischialgie links, 2. Behandlung.

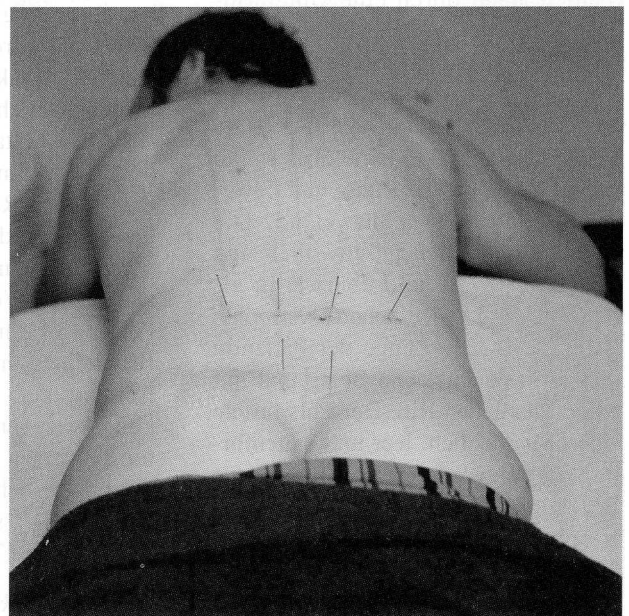


Abb. 2: Lumboischialgie links, 11. Behandlung.

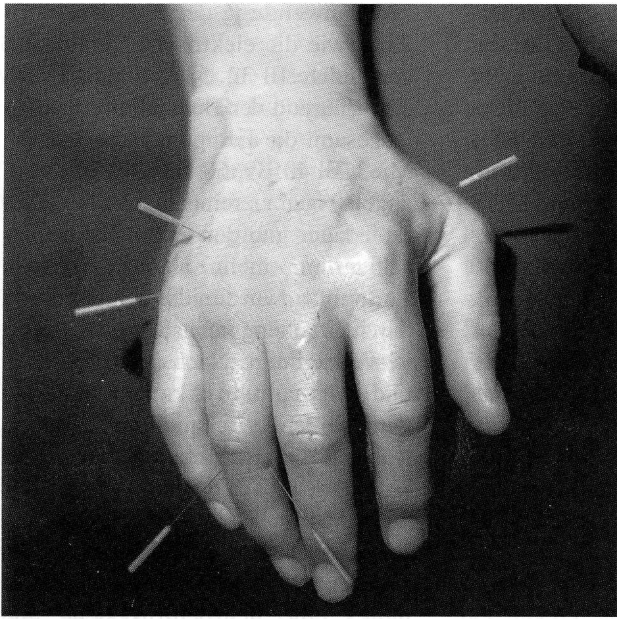


Abb. 3: Sympathische Reflexdystrophie, 1. Behandlung.

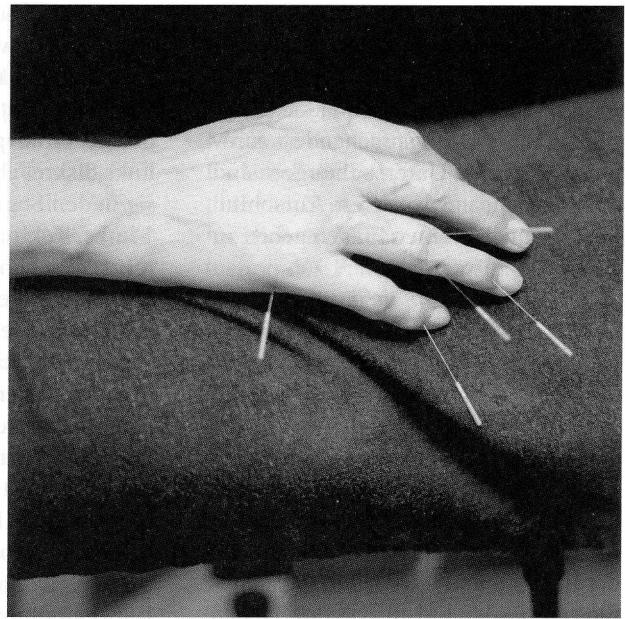


Abb. 4: Sympathische Reflexdystrophie, 15. Behandlung.

Sympathische Reflexdystrophie der rechten Hand bei Z. n. Fraktur des V. Metakarpale rechts

Nach dreiwöchiger orthopädischer Behandlung einer Fraktur des V. Mittelhandknochens mit Ruhigstellung der rechten Hand durch eine Unterarmgipsschiene zeigte sich statt einer Kallusbildung eine strähnige, fleckige Verminderung der Knochenstruktur des gesamten Handskelettes. Die 63jährige Patientin klagte über starke stechende, bohrende Ruhe- und Bewegungsschmerzen in der Hand. Die Hand war deutlich geschwollen und die Haut gerötet und überwärmt als Ausdruck der *Sudeckschen Dystrophie* (Abb. 3, 4). Die Zunge der Patientin war rot, trocken, ohne Belag und mit einem medianen Riß. Der Puls tastete sich oberflächlich, leer und saitenförmig an der vorderen Position. Diese Blut-Stase-Symptomatik basierte in Kombination mit einem Herz-Yin-Mangel auf einem Nieren-Essenz-Mangel.

In zweitägigen Abständen wurden anschließend Akupunkturbehandlungen

gen der durch die Rezeptorstimulation ausgewählten Punkte im Bereich der rechten Hand durchgeführt. Folgende Punkte waren neben den im Bild dargestellten behandlungsbedürftig: He 7, KS 6, Bl 11, 15, 23, MP 6, Ni 6, 3, Gbl. 34, 39. Drei Wochen nach Behandlungsbeginn zeigte die erneute Röntgenkontrolle eine ausreichend adaptierte Fraktur mit in leichter Fehlstellung knöchern angeheiltem Köpfchen des Metakarpale V. Es bestand noch eine ganz diskrete Entkalkung des distalen Radius, der Handwurzelknochen und der Finger.

Insgesamt wurden 19 Akupunktursitzungen in 6 Wochen durchgeführt. Die Patientin konnte nach Abschluß der Behandlung ihre Hand völlig schmerzfrei und ohne funktionelle Einschränkung bewegen. Schwellung und Rötung waren abgeklungen. Eine Nachuntersuchung drei Monate später ergab eine seitengleiche normale Funktion und Trophik der Hände.

Migräne links., chronisches LWS-Schmerzsyndrom bei Skoliose, Glaukom, Tinnitus

Eine 58jährige Patientin klagte über seit 7 Jahren zunehmende, zweiwöchentlich auftretende, linksseitige Migräneattacken, die in schwächerer Form seit der Kindheit bestanden. Die pochenden Schläfenkopfschmerzen verstärkten sich unter Kälteeinwirkung, Wetterwechsel und Anspannungssituationen. Wegen permanenter Wirbelsäulenschmerzen bei linkskonvexer LWS-Skoliose hatte die Patientin kurz zuvor eine orthopädische Schmerzbehandlung erfolglos absolviert. Eine regelmäßige augenärztliche Konsultation erfolgte wegen eines erhöhten Augeninnendruckes links von 30 und rechts von 26 mm Hg. Weitere Beschwerden: Hitzewallungen, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen und Tinnitus links stärker als rechts seit ca. 9 Jahren.

Das Gesicht der Patientin war leicht gerötet, die Augen trocken, die Zunge rot, belaglos und der Puls oberflächlich, leer. TCM-Diagnose: aufsteigendes Leber-Yang mit Fülle-Hitze-Symptomatik auf dem Boden eines Leber-Nieren-Yin-Mangels. Behandelte Punkte: G 20, 38, Bl 2, 10, 47, 52,

40, Dü 13, N 3, 6, Le 8, Taiyang, Yintang, Ma 2 (Abb. 5, 6).

Zunächst gab die Patientin nach der ersten Sitzung eine Verstärkung der Migränekopfschmerzen an. Drei Wochen nach Therapiebeginn bzw. nach sechs Behandlungen berichtete die Patientin über eine wesentliche Besserung ihrer Wirbelsäulenschmerzen, die sie nur noch nach körperlichen Belastungen beeinträchtigten. Die Migräne war nach der anfänglichen Verschlechterung seit der vierten Behandlung nicht mehr aufgetreten. Der Augeninnendruck, in regelmäßigen Abständen fachärztlich kontrolliert, betrug ab der achten Sitzung konstant links 18 bis 19 mm Hg und rechts 20 bis 21 mm Hg. Im Rahmen einer Anspannungssituation erlitt die Patientin zwischenzeitlich einmalig eine Migräneattacke, die sich jedoch durch leichte Analgetika beseitigen ließ. Aufgrund der langjährigen Beschwerdesymptomatik waren insgesamt 25 Akupunkturbehandlungen bis zur deutlichen Besserung des Gesamtzustandes erforderlich. Drei Monate nach Therapieabschluß war die Patientin

anhaltend beschwerdefrei und der Augeninnendruck weiterhin normal.

Diskussion

Körperliche und psychische Störungen und Schmerzen werden in ihrer Qualität und Ausprägung subjektiv beurteilt. Aus der individuell unterschiedlichen Wertung ein und derselben Empfindung ergibt sich die grundsätzliche Problematik für die Diagnostik und Therapie besonders funktioneller, organisch (noch) nicht erkennbarer Veränderungen. Daraus resultiert ein hoher „Informationsverlust“ und eine nachfolgend inadäquate Behandlung als wesentliche Faktoren für die Entstehung von chronischen (Schmerz-) Krankheiten. Diese Schwierigkeit kann durch die mit der TCM möglichen Systematisierung der beobachteten Veränderungen am menschlichen Körper häufig vermieden werden. Die Akupunktur ist daher als integraler Bestandteil der TCM eine empirische Wissenschaft. Die erhobene Anamnese und der Befund führen zur Beurteilung

des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten. Quintessenz der Beurteilung ist die TCM-Diagnose.

Es sind jedoch Jahre bis Jahrzehnte intensiven Studiums und praktischer Anwendung der TCM erforderlich, um sich eine solide diagnostische und therapeutische Grundlage zu schaffen.

Erschwerend für das Verständnis der TCM wirkt sich dabei das umfangreiche und nicht in allen Punkten schlüssige empirische Material aus. Hier sei nur die breite Indikationspalette vieler AP angeführt, deren Überprüfung nur wenigen Behandlern möglich sein wird. Bislang ist es nicht gelungen, die auf der Grundlage der gesammelten Akupunkturerfahrungen beschriebenen „Störungsmuster“ reproduzierbar darzustellen. Eine Bestätigung der Diagnose ergibt sich in der Regel erst durch die Besserung des Beschwerdebildes im Behandlungsverlauf. Die verschiedenen Auffassungen über die Existenz und therapeutische Relevanz der AP sind durch persönliche und überlieferte Therapieerfahrungen und künstlerisch intuitive Fähigkeiten be-



Abb. 5: Migräne links, Glaukom, 8. Behandlung.

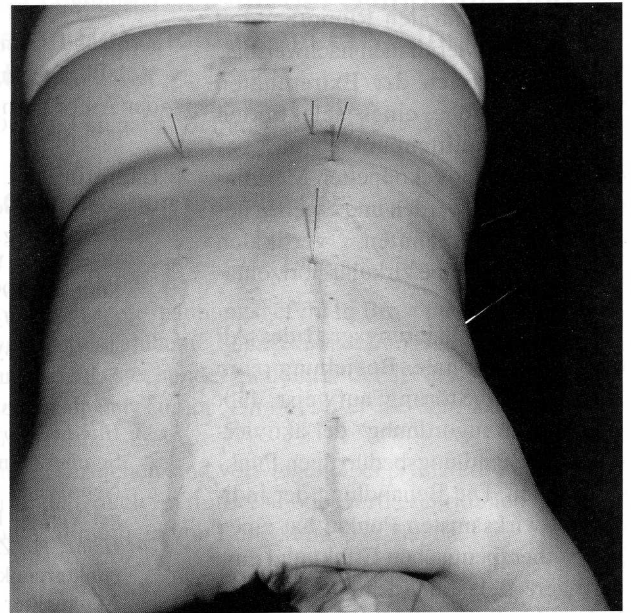


Abb. 6: Migräne links, chronisches LWS-Schmerzsyndrom, 12. Behandlung.

gründet. Andererseits erscheint vielen westlichen Behandlern die Umsetzung der fremden Denkweise in die praktische Arbeit, insbesondere unter den Bedingungen unseres ambulanten Versorgungssystems, nicht möglich.

So hat sich eine Diskrepanz entwickelt zwischen der zunehmenden Verbreitung der Akupunktur und der Tendenz zu ihrer vereinfachten Anwendung, die weit unter den Wirkmöglichkeiten der klassischen Akupunktur bleibt.

Vergleichende Studien zur Wirksamkeit der Akupunktur und der verschiedenen Anwendungsformen besitzen wegen der fehlenden Möglichkeit zur objektiven Darstellung der Diagnostik nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Durch die hochfrequente Rezeptorstimulation können die angegebenen „Störungsmuster“ in ihrer individuellen Ausprägung dargestellt werden. An der neuronal-segmentalen Gliederung der nachweisbaren Punkte mit der Darstellung der Grenzlinien zwischen den dorsalen, lateralen und ventralen Ästen der Spinalnerven wird dies besonders deutlich (vergl. Abb. 1). Neben einem auffälligen Punkt auf dem Lenkergesäß sind regelmäßig Punkte im gleichen Segment auf den im dorsalen, lateralen und ventralen Rumpfbereich verlaufenden Meridianen nachweisbar. Auch im Bereich der Extremitäten können in Höhe eines selektierten Punktes „Satellitenpunkte“ auf benachbarten oder gekoppelten Meridianen dargestellt werden und ergeben neben der bekannten vertikalen Meridianachse eine zirkulär horizontale Gliederung.

Da der Sensibilisierungsgrad des AP eine proportionale Beziehung zum Ausmaß der Störung aufweist, läßt sich eine „Rangordnung“ der aktivierten und behandlungsbedürftigen Punkte erstellen. Die Behandlung der individuell wirksamsten Punkte hat einen hohen therapeutischen Effekt und eine geringere Belastung des Patienten zur Folge. Im Behandlungsverlauf reduziert sich die Gesamtzahl und der Sensibilisierungsgrad der Punkte (vergl.

Abb. 1 u. 2). Dieser Vorgang ist Ausdruck einer Normalisierung der gestörten peripheren Nozizeption und der Verbesserung integrativer Leistungen des zentralen Nervensystems. Mit diesem Prozeß sind Rückgang und Ausheilung des klinischen Befundes und der subjektiven Beschwerdesymptomatik verbunden.

Die hochfrequente Rezeptorstimulation stellt eine für die zu untersuchende AP-Struktur adäquate diagnostische Methode dar. Ihre systematische Anwendung ermöglicht es, übergeordnete, primär sensibilisierte AP zu differenzieren.

Jeder dieser sensibilisierten Punkte, gleichgültig ob als ein Nah- Fern- oder Mikrosystempunkt weist in Abhängigkeit vom vorhandenen Sensibilisierungsgrad eine vergleichbare Wirkungsqualität für die zu behandelnde Störung auf.

Die AP besitzen eine individuell modifizierte topographisch anatomische Lage.

Der Therapeut kann sich auf die Behandlung der Hauptpunkte beschränken und findet die prinzipiellen Aussagen der traditionellen Diagnostik bestätigt.

Kritische Anmerkungen, Korrekturen, Vorschläge und Anregungen nimmt der Autor gern entgegen.

Literatur

1. Anton, F.: Schmerzmessung. In: Zenz, Jurna (Hrsg.): Lehrbuch d. Schmerztherapie. Wiss.-Verl.-Gesellschaft, Stuttgart, 1993
2. Gleditsch, J.: Mundakupunktur u. andere Mikrosysteme. In: Systematik der Schmerzakupunktur, Hrsg.: R. Pothmann. Hippokrates Verlag, 1996
3. Handwerker, H. O.: Nozizeption und Schmerz. In: R. F. Schmidt (Hrsg.): Neuro- und Sinnesphysiologie, Springer Verlag, 1995
4. Heine, H.: Zur Morphologie der Akupunkturpunkte. Deutsche Zeitschrift f. Akupunktur 30, S. 75-80, Haug Verlag, Heidelberg, 1987
5. Heine, H.: Der Akupunkturpunkt – Ein Meridianorgan, Deutsche Zeitschrift f.

Akupunktur 39, S. 75-80, Haug Verlag, Heidelberg, 1996

6. Jänig, W.: Sympathikus und Schmerz: Ideen, Hypothesen, Modelle. Der Schmerz 7, S. 226-240, Springer Verlag, 1993
7. Jänig, W.: Biologie und Pathobiologie der Schmerzmechanismen. In: Zenz, Jurna (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie, Wiss.-Verl.-Gesellschaft, Stuttgart, 1993
8. König, G., I. Wancura: Praxis und Theorie der neuen Chinesischen Akupunktur, Bd 1. Verlag W. Maudrich, Wien, München, Bern, 1989
9. Kitzinger, E.: Der Akupunkturpunkt. Verlag W. Maudrich, Wien, München, Bern, 1995
10. Maciocia, G.: Die Grundlagen der Chinesischen Medizin. Verlag f. Trad. chin. Medizin, Dr. E. Wühr, Kötzting/Bayer. Wald, 1994
11. Porkert, M., C.-H. Hempfen: Systematische Akupunktur. Verlag Urban u. Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1985
12. Quint, K.: Der Akupunkturpunkt. Akupunktur – Theorie und Praxis 24/1, S. 15-24, Med. Lit. Verlagsgesellschaft, Uelzen, 1996
13. Seemann, H.: Schmerzdokumentation. In: Zenz, Jurna (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie. Wiss.-Verl.-Gesellschaft, Stuttgart, 1993
14. Schmidt, R. F.: Physiologie und Pathophysiologie der Schmerzentstehung und der Schmerzverarbeitung im Bewegungssystem. Der Schmerz 5, S. 13-28, Springer Verlag, 1991
15. Wuying, C.: Acupuncture and Nervous System, Akupunktur – Theorie und Praxis 24/2, S. 93-96, Med. Lit. Verlagsgesellschaft, Uelzen, 1996
16. Zagradski, W. A.: Morphologische Aspekte der Akupunkturpunkte. In: Neue Erkenntnisse aus der Kosmosmedizin, S. 6-7, 1996
17. Zimmermann, M.: Physiologische Grundlagen des Schmerzes und der Schmerztherapie. In: Zenz, Jurna, (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie, Wiss.-Verl.-Ges., Stuttgart, 1993
18. Zimmermann, M.: Chronische Schmerzen und ihre Ursachen. Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 43, S. 2749-2752, 1996

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. F. Daling, Filchner Straße 28, 33605 Bielefeld