Neuraltherapie, Manuelle Medizin und Akupunktur bei Kopfschmerzen

Rainer Wander

Zusammenfassung

Kopfschmerzen sind so alt wie die Menschheit. Schon vor 4000 Jahren schrieben die Sumerer und Assyrer auf Papyrusrollen, dass sie sich für ihre Schmerzen einen „neuen Kopf“ wünschen. Mit der Neuraltherapie, Manueller Medizin und Akupunktur lassen sich die quälenden Beschwerden erfahrungsgemäß gut lindern oder beseitigen. Worauf es dabei ankommt, lesen Sie hier.

Neuraltherapie hat sich bewährt in der Behandlung von Kopfschmerzen. © PhotoDisc.

Den gemeinen Kopfschmerz gibt es nicht. Die „International Headache Society“ kennt viele verschiedene Formen von Kopfschmerzen, wobei Migräne, Spannungskopfschmerzen, Cluster-Kopfschmerzen und medikamenteninduzierter Kopfschmerz zu den wichtigsten zählen (**Beitrag S. 14**). Die Ursachen sind vielgestaltig. Demzufolge sind auch die Behandlungsansätze beim Kopfschmerz sehr unterschiedlich und bedürfen einer eingehenden Diagnostik und Anamnese.

Aus regulationsmedizinischer Sicht haben sich in der Kopfschmerzbehandlung die Kombination von Neuraltherapie und/oder Akupunktur mit der Manuellen Therapie bewährt. Hierzu ist es natürlich notwendig, organische Ursachen vorher auszuschließen.

Die Erfahrung lehrt, dass die Reihenfolge zuerst Neuraltherapie mit Reizreduktion, danach Manualtherapie mit Korrektur der Gelenkstrukturen und danach Akupunktur mit Aktivierung der deszendierenden Hemmsysteme den größten Erfolg verspricht.

Fast alle Patienten benötigen die ersten beiden Behandlungen. Etwa 30% der Patienten benötigen nach meiner Erfahrung die Akupunktur und andere Therapien.

Neuraltherapie

Mit der Neuraltherapie werden periphere Reize gelöscht. Diese Reizquellen liegen vorzugsweise im HNO-Bereich.

Die spezielle neurologische Versorgung löst im zugeordneten vertebragenen System eine Fehlstellung der oberen Halswirbelsäule, der Kopfgelenke, aus. Die im trigeminalen System entstehenden Reize werden ins spinale System transportiert und fast ausschließlich in die tiefe Muskulatur der oberen HWS projiziert. Die Sonderkonstruktion der Kopfgelenke gelangt in eine Fehlstellung. Die Stellung dieser Gelenke hat aber eine propriozeptive Steuerungsfunktion für die gesamte Wirbelsäule. Mit Seitneige von Atlas und Rotation des Axis sind die Bedingungen für eine Skoliose gegeben. Diese ausgelöste funktionelle Skoliose kann auch durch einen tiefen, asymmetrischen Biss oder einen Reizzustand der Unterleibsorgane ausgelöst und unterhalten werden. Die Kopfschmerzen sind regelmäßig mit Fehlstellungen dieser Gelenke verbunden.

Die Neuraltherapie behandelt im Segment, im erweiterten Segment und über das Störfeld. Die Injektionstechniken sind standardisiert sowie lehr- und lernbar.

Segmenttherapie

Unter Segment ist das Versorgungsgebiet eines Spinalnervs zu verstehen, bezogen auf die Haut, innere Organe, Knochen und Muskeln. Organe, Haut und Bewegungsapparat sind untereinander reflektorisch verschaltet.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Mit der Segmenttherapie können Schmerzen und Verspannungen gelöst werden.

Nach Lokalisation der Schmerzen wählen wir folgende Injektionen aus:

Der sog. **Dornenkranz** ist eine intra- und subkutane Injektionsstrecke um die größte Zirkumferenz des Kopfes, also im trigeminalen und spinalen Bereich.

Die sog. **magischen Dreiecke** vorn, seitlich und hinten werden an spezifischen Reflexpunkten getätigt, um kutane, periostale-fasziale, trigeminale, spinale und vasale Reflexlöschungen zu erreichen.

Die sog. **bilaminäre Zone** ist eine Injektion an Akupunkturpunkte (3 E 21, Dü 19, Gb 2), um eine Dysgnathie mit Injektionen reizmäßig zu reduzieren.

Der sog. **temporomandibuläre Block** ist eine subkutane Infiltrationsstrecke vom Augenwinkel bis zum Ohr, um fasziale, trigeminale (1., 2. und 3. Ast) sowie vasale Reizleitungen zu neutralisieren.

Die sog. **subokzipitale Strecke** ist die Injektion an die Nervenaustrittspunkte des N. occipitalis major et minor mit Injektion an die okzipito-mastoidale Sutur. Sie kann mit der sog. 9-er Strecke nach Perschke optimiert werden.

Eine einfache paravertebrale Quaddelserie im Nacken ist leicht möglich.

Erweiterte Segmenttherapie

Unter erweiterter Segmenttherapie wird die Injektion an Ganglien, Gefäße und Nervenplexus im entsprechenden Segment verstanden.

Die erweiterte Segmenttherapie wird angewendet, wenn die einfache Segmenttherapie nicht erfolgreich war.

Nach Lokalisation der Schmerzen werden die Injektionen erweitert:

- an das Ganglion cervicale superior oder stellatum,
- an das Ganglion pterygopalatinum und oticum.

Zur Unterbrechung vasaler Reizwege hat sich die Injektion an die

- A. carotis,
- A. vertebralis oder
- A. temporalis superficialis bewährt.

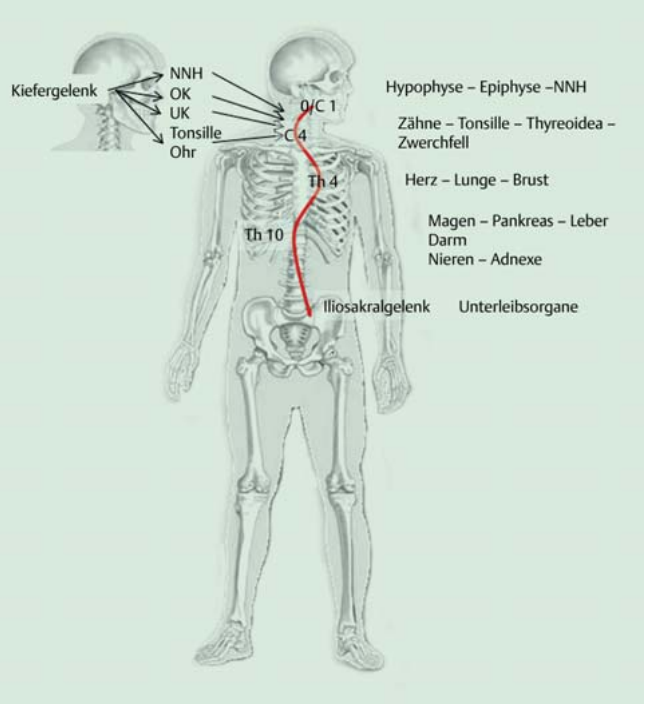

Abb. 1 Funktionskette nach Wander.

Störfeldtherapie

Wenn die Therapie im Segment versagt, ist an ein Störfeld zu denken. Bei der Behandlung von Kopfschmerzen ist die Störfeldtherapie unverzichtbar.

Alle peripheren (Störfelder) oder vertebragenen (Blockierungen) Reize werden im propriozeptiven Steuerungszentrum der oberen HWS registriert und können sich wie folgt als Kopfschmerz manifestieren:

- spinal geleitet als Spannungskopfschmerz oder
- vasal geleitet als Migräne oder
- gemischt geleitet als atypisch vegetativer Gesichtsschmerz.

Ein Störfeld ist eine zentral registrierbare Reizerhöhung, die ihren Ursprung immer in der Peripherie hat. Meist sind es die inneren Organe, die der Halswirbelsäule neurologisch zugeschaltet sind.

Sie lassen sich über die Adler-Langer-Druckpunkte gut zuordnen und mit einfachen Injektionen diagnostisch und therapeutisch löschen. Die behandlungsrelevanten Störfelder befinden sich zum Großteil im HNO-Bereich: die Nasennebenhöhlen, die Zähne, die Tonsillen, die Ohren. Aber auch die Unterleibsorgane und Narben im Körper werden häufig zum Störfeld.

Zur Anwendung kommen die Techniken der Narbeninfiltration: das Quaddeln oder die subkutane Infiltration direkt in die Narbe.

Manuelle Therapie

Die Störfelder im Kopfbereich lösen regelmäßig eine funktionelle Skoliose aus. Aus der Erfahrung vieler Jahre täglicher manueller Therapie ergeben sich gewisse wiederkehrende Muster dieser funktionellen Skoliose. Sie endet immer im Becken, denn das Iliosakralgelenk muss die ankommende Wirbelfehlstellung abfangen. Es rotiert das Sakrum und bringt die Ossa ilea in Fehlstellung, abzulesen an der funktionellen Beinlängendifferenz.

Unser erster Blick beim entspannt liegenden Patienten geht also auf die Fußstellung. Fast regelmäßig sehen wir das linke Bein verkürzt und außenrotiert. Werden beide Beine angehoben, der Patient zum Sitzen aufgefordert, so verlängert sich meist das vorher verkürzte Bein. Ziel der Manuellen Therapie muss sein, diese Funktionskette auf allen Ebenen und insbesondere die Störung des Iliosakralgelenks zu beseitigen (**Abb. 1**).

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Wander R. Neuraltherapie, Manuelle Medizin und Akupunktur bei Kopfschmerzen. ZKM 2010; 2: 37–41

Diese Störungen können in den bevorzugten Etagen der funktionellen Skoliose liegen. Dies sind:

- Okziput/C 1/C 2
- C 4
- Th 4
- Th 10
- L 5/S 1/Iliosakralgelenk.

Natürlich können die Blockierungen persönlichkeitsspezifisch um einige Etagen auf- und/oder abwärts verschieden sein. Einige Etagen werden frei bleiben und andere therapieresistent rezidivieren. Alle betroffenen Etagen werden vertebragen in einen sympathischen Reizzustand versetzt; die über den segmental-reflektorischen Reflex angeschlossenen Strukturen und Organe gelangen ebenso in diesen sympathischen Reizzustand.

Wieder wird sich persönlichkeitsspezifisch der Reiz mehr in der Haut (Quaddeln, Schröpfen), in der Unterhaut (CO_2-Insufflationen), in der Muskulatur (Physiotherapie, Akupunktur, Neuraltherapie), im vertebragenen oder peripheren Gelenk (manuelle Mobilisation, Manipulation, Physiotherapie, Akupunktur) oder im zugeordneten inneren Organ (Phytotherapie, Homöopathie) manifestieren.

Mit der Manuellen Therapie werden streng segmental endgradige Bewegungsstörungen diagnostiziert und dann mit Mobilisation (PIR), Manipulation oder Osteopathie, Physiotherapie behoben.

Merke: Die Manuelle Therapie sollte immer nach der Neuraltherapie (segmentale Reizsenkung) im oberen HWS-Bereich beginnen.

Sollten die absteigenden Ketten nicht gelöst werden, kann man aufsteigend mit Korrektur des Iliosakralgelenks beginnen. Dieses Gelenk ist das Projektionsgelenk bei Reizen aus den Unterleibsorganen. Sind diese dominant, müssen sie erst neuraltherapeutisch gelöscht werden (Injektion suprapubisch nach Dosch oder nach Becke, oder transvaginale Injektion in den Frankenhäuser-Plexus).

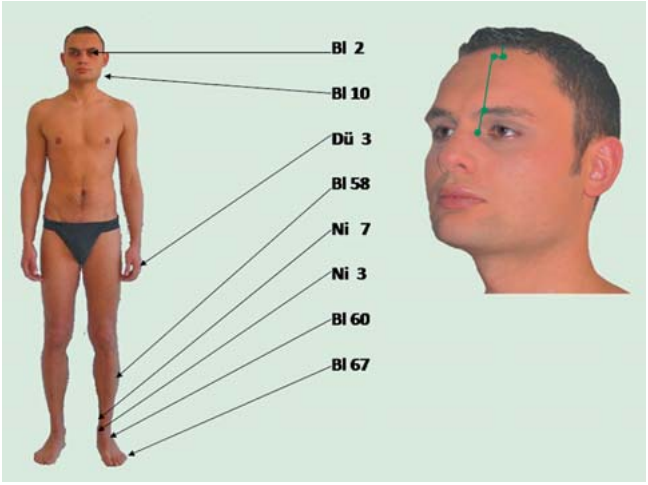

Abb. 2 Schmerzlokalisation beim Blasenmeridiankopfschmerz.

Akupunktur

Nach meinen Erfahrungen benötigen die Patienten bei ausschließlicher Behandlung mit Akupunktur immer mehrere Sitzungen. Bei der Neuraltherapie in Kombination mit der Manualtherapie meist nur 1–2 Behandlungen. Bei Versagen oder Rezidivieren der Beschwerden nach Akupunktur hat es sich bewährt, eine neuraltherapeutische Behandlung zu integrieren.

Die Akupunktur aktiviert durch gezielte Reize unsere körpereigenen deszendierenden Hemmsysteme. Sie ist umso erfolgreicher, wenn schon vorher periphere Reize durch Neuraltherapie gelöscht und Funktionsstörungen der Gelenke durch manuelle Therapie gelöst wurden. Aber auch ein Beginn der therapeutischen Intervention mit Akupunktur, auch mit Somatotopien ist gut möglich.

Das System der Traditionellen Chinesischen Akupunktur betrachtet in einer ausführlichen Anamnese und Diagnostik differenziert Persönlichkeitsstruktur, äußere Einflüsse, innere Einflüsse usw. und projiziert diese auf ihr Leitbahnsystem. Auch diese ist sehr vereinfacht mit einer Schmerzsensation im Leitbahnsystem am Kopf zu differenzieren und zuzuordnen.

Da das Leitbahnsystem am Kopf überlagert ist, können nur aus didaktischen Gründen strenge Trennungen vorgenommen werden.

Man unterscheidet grob, je nach Schmerzlokalisation:

- Blasenmeridiankopfschmerz,
- Gallenblasenmeridiankopfschmerz,
- Drei-Erwärmer-Kopfschmerz,
- Magenmeridiankopfschmerz,
- Lebermeridiankopfschmerz.

Blasenmeridiankopfschmerz

Die Schmerzsensation tritt entlang des Blasenmeridians auf (**Abb. 2**). Sie kann als Spannungskopfschmerz oder auch als Migräne empfunden werden. Die schmerzhafte Verspannung beginnt meist im Nacken und zieht über den Kopf in die Stirn oder von hinten in die Augen. Diese Missempfindung entspricht dem erhöhten Tonus der Augenmuskeln, die eng an die tiefen Muskeln der oberen HWS gekoppelt sind. Man bezeichnet auch den retrobulbären Schmerz als das Pseudoradikulärzeichen der zervikalen Wurzel C 1.

Akupunkturpunkte

Bl 2, Bl 10, Dü 3, Bl 58, Ni 7, Ni 3, Bl 60, Bl 67

Gallenblasenmeridiankopfschmerz

Die Schmerzen werden im seitlichen Schläfenbereich des Kopfes empfunden. Die Gallenblasenleitbahn (**Abb. 3**) ist sehr häufig die Projektion bei Störungen der Unterleibsorgane. Die **neuraltherapeutische Injektion** dorthin sollte **vor einer Akupunktur** erfolgen.

Die Unterleibsorgane projizieren ihren Reizzustand vorwiegend parasympathisch über den N. pudendus nach kranial und werden nach zentraler Umschaltung parasympathisch, die Trigeminusäste begleitend, vorwiegend in den 2. Trigeminusast projiziert. Narben im Scheideneingang

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

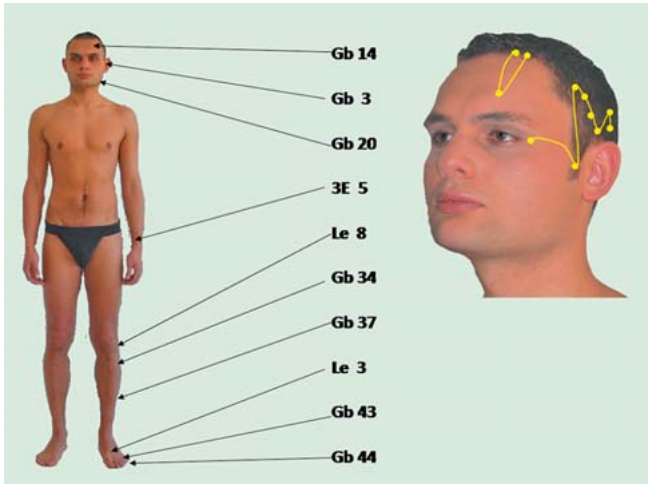

Abb. 3 Schmerzlokalisation beim Gallenblasenmeridiankopfschmerz.

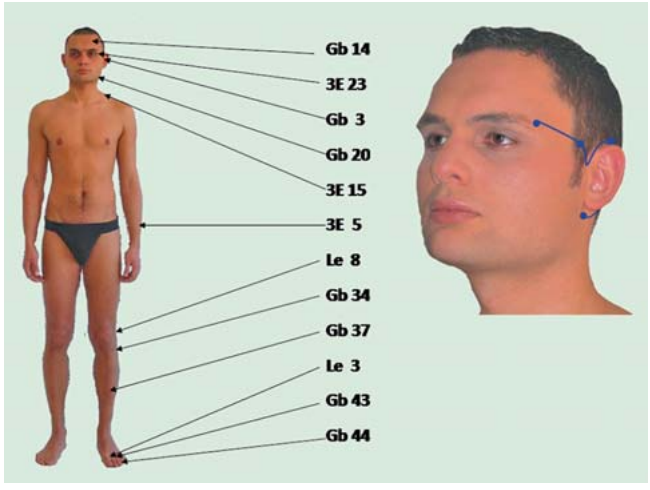

Abb. 4 Drei-Erwärmer-Kopfschmerz.

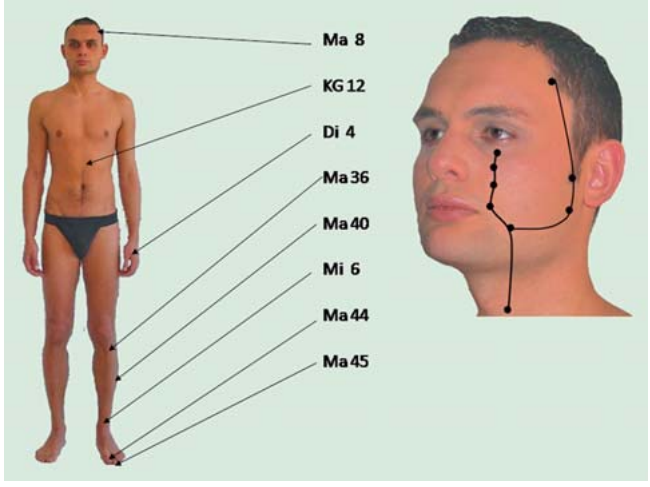

Abb. 5 Magenmeridiankopfschmerz.

nach Episiotomien, nach Geburtstraumen, nach plastischen Operationen oder nach Konisationen sind häufig Auslöser dieser Schmerzen im Kopfbereich.

Als neuraltherapeutische Injektion haben sich der temporomandibuläre Block und die Injektion an das Ganglion pterygopalatinum bewährt. Tritt der Schmerz als Migräne auf, ist diese meist mit dem hormonellen Zyklus assoziiert.

Akupunkturpunkte

Gb 14, Gb 3, Gb 20, 3 E 5, Le 8, Gb 34, Gb 37, Le 3, Gb 43, Gb 44

Drei-Erwärmer-Kopfschmerz

Der Drei-Erwärmer-Kopfschmerz ist dem Gallenblasenkopfschmerz sehr ähnlich (**Abb. 4**). Auch seine Genese ist häufig mit Bauch- und Unterbauchbeschwerden kombiniert. Die Schmerzen werden besonders im M. trapezius beschrieben. Dieser aber gehört zur Halsmuskulatur, eine Fernleitung ist also verständlich. Der empfunde Augenschmerz liegt am lateralen Augenwinkel und lässt Verbindungen zum N. facialis erkennen.

Akupunkturpunkte

Gb 14, 3 E 23, Gb 3, Gb 20, 3 E 15, 3 E 5, Le 8, Gb 34, Gb 37, Le 3, Gb 43, Gb 44

Magenmeridiankopfschmerz

Im seitlichen Schläfen- und Stirnbereich, aber auch im Oberkiefer über der Kieferhöhle werden die Schmerzen empfunden (**Abb. 5**).

Eine Sinusitis maxillaris kann unterhaltend dafür sein. Auslöser sind Oberbauchbeschwerden mit Übersäuerungen, mit Mastodynie und Unterleibsbeschwerden im Muttermundsbereich. Tritt diese Reizerhöhung als Migräne auf, so ist der anhaltende Brechreiz mit Übelkeit typisch für die Magenmigräne. Der Nabel als Störfeld kann neuraltherapeutisch behandelt zum durchbrechenden Erfolg der Therapie führen.

Akupunkturpunkte

Ma 8, KG 12, Di 4, Ma 36, Ma 40, Mi 6, Ma 44, Ma 45

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

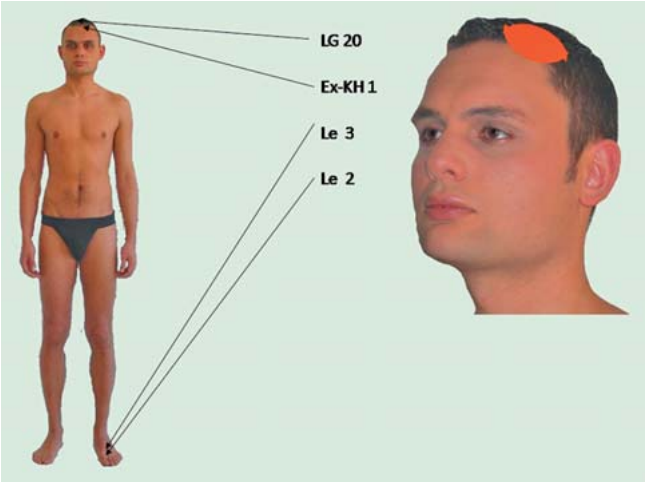

Abb. 6 Lebermeridiankopfschmerz.

Lebermeridiankopfschmerz

Die Schmerzen werden als Deckel am höchsten Punkt des Kopfes empfunden (**Abb. 6**). Dort befindet sich der Grenzpunkt der Innervation, nach vorn vom N. trigeminus und nach hinten vom 2. Zervikalnerv des spinalen Systems begrenzt. Es ist der LG 20 (Bai Hui) und stellt die Projektion der Hypophyse, der Keilbeinhöhle und des inneren Verlaufs des Lebermeridians dar. Hormonelle Störungen und Erkrankungen der Leber sind oft unterhaltende Faktoren für diesen Schmerztyp. Das Lebersegment mit evtl. Injektion an das Ganglion coeliacum kann in verzweifelten Fällen den Erfolg bringen. Auch an eine latente Gicht sollte gedacht werden.

Akupunkturpunkte

LG 20, Ex-KH 1, Le 3, Le 2

Interessenkonflikte: Der Autor erklärt, dass keine wirtschaftlichen oder persönlichen Interessenkonflikte bestehen.

Online zu finden unter
http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1240998

Literatur

[1] **Becke H.** Neuraltherapie bei Kreuzschmerz und Migräne. Stuttgart: Hippokrates; 1991

[2] **Dosch P.** Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke. 13. Aufl. Heidelberg: Haug; 1989

[3] **Gleditsch J.** Reflexzonen und Somatotopien. Der Schlüssel zu einer Gesamtschau des Menschen. Schorndorf: Biologisch-Medizinische Verlagsgesellschaft; 1983

[4] **Langer H.** Störfeldsuche mittels Adler-Langerscher Druckpunkte. Dt Z Akup 1989; 32: 31–33

[5] **Neuhuber W.** Anatomie und funktionelle Neuroanatomie der oberen Halswirbelsäule. Manuelle Medizin 2007; 45: 227–231

[6] **Perschke O.** Akupunktur und Manuelle Medizin in Praxis und Theorie. Wien, München, Bern: Maudrich; 1996

[7] **Wancura-Kampik I.** Segmentanatomie. München: Elsevier; 2009

[8] **Wander R.** Praxisrelevante Diagnostik und Therapie bei Kopfschmerz. EHK 2007; 56: 282–287

Dr. med. Rainer Wander

Friedensstraße 47
07985 Elsterberg
dr.wander@t-online.de
www.dgfan.de

Rainer Wander ist Arzt für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren, Spezielle Schmerztherapie. Seit 1999 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie.

Anzeige

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.