

Neuraltherapie in der Ambulanz

Als Chirurgin bin ich hauptsächlich neuraltherapeutisch tätig. Bei meinen Erfahrungen aus der Ambulanz handelt es sich um eine neuraltherapeutische Tätigkeit in einer ganz gewöhnlichen Erste-Hilfe und Aufnahmestation eines städtischen Krankenhauses.

Als erstzuständige Ärztin konnte ich chirurgische, orthopädische, gynäkologische, urologische, internistische und neurologische Fälle untersuchen, behandeln oder weiterleiten.

Durch die zusätzlichen neuraltherapeutischen Erfahrungen ist man besser in der Lage, den Patienten erfolgreich zu helfen.

Die Bevölkerung Berlins ist immer noch etwas überaltert, deshalb wird die Ambulanz oft mit gestürzten alten Menschen angefahren.

Stürze auf Hüfte und Steißbein kommen häufig vor.

Eine Schenkelhalsfraktur ist klinisch leicht zu diagnostizieren. Um die Tortur einer Röntgenaufnahme für den alten Menschen zu verringern, gibt man zur Schmerzbehandlung eine Lokalanästhesie an das Frakturgebiet.

Eine Infektionsgefahr ist bei Beachtung der Sterilitätskautelel wegen der antientzündlichen Wirkung von Procain nicht zu befürchten.

Heutzutage werden fast alle Schenkelhalsfrakturen in einem Akutkrankenhaus sofort osteosynthetisch versorgt, so dass die Lagerungszeit durch die lokale Procainmaßnahme gut überbrückt wird.

Ist bei einer Hüftprellung keine Fraktur vorhanden, wird die gleiche Injektion mit zusätzlicher Gabe in das Hüftgelenk ebenfalls gut helfen, den Patienten wieder auf die Beine zu bekommen.

Allgemeine Schmerzmittel helfen leider nicht so gezielt und trüben zusätzlich das Sensorium der alten Menschen, so dass nicht daran zu denken ist, den Patienten zur hausärztlichen Weiterbehandlung wieder in seine Wohnung schicken zu lassen. Eine stationäre Aufnahme wäre aus sozialer Indikation oft nötig, wird aber von Krankenhaus und Krankenkasse nicht gern gesehen.

Große **Prellungen** werden umspritzt, beteiligte Muskeln oder Muskelansätze werden infiltriert. Dadurch wird eine sofortige Schmerzlinderung oder -freiheit erzielt. Die Regeneration wird angeregt. So behandelte Prellungen haben eine wesentlich kürzere Heilungszeit.

Glückt es, ein frisches Hämatom abzupunktieren, so wird anschließend ein Lokalanästhetikum instilliert.

Die leidigen, schmerzhaften Gehunfähigkeiten, besonders alter Menschen, z. B. nach Prellungen der **unteren LWS** oder des Steißbeines können sehr gut durch eine epidurale Injektion behoben werden.

(Abb.1 die epidurale Injektion)

Mit etwas Übung kann man dem auf der Seite liegenden bewegungsbehinderten Patienten Procain durch die Cornua sacralia in den epiduralen Raum injizieren.

Auch **osteoporotische Wirbelkörperbrüche** im Thoraxbereich werden lokal behandelt. Die intercostal- neuralgischen Beschwerden werden gezielt aufgehoben,

die pulmonale Ventilation bleibt frei, und eine Immobilität mit konsekutiver Pneumonie wird verhindert.

Rippenbrüche – solange sie keinen Pneu erzeugt haben oder Serienbrüche sind – werden wegen mangelnder Gefährlichkeit von Ärzten oft nicht ernst genug genommen.

Eine gezielte LA- Injektion an den Frakturspalt ist sehr einfach und sehr dankbar, weil sie die Atembeschwerden aufhebt. Durch Aufhebung des Schmerzes ist auch hier der Gefahr eines Lungeninfektes aufgehoben.

Die häufige **subkapitale Humerusfraktur** wird heute kluger Weise funktionell behandelt. Vor der Erst- Versorgung mit einem Desault- Verband gibt man ca. 10 ml Lokalanästhetikum an die Fraktur und 5 ml an den Nervus suprascapularis .

(Abb. 2 Injektion an den N. suprascapularis)

Bin ich mir sicher, dass die Röntgenuntersuchung nur meine klinisch gestellte Diagnose unterstützt, wende ich diese Therapie zur Schmerzerleichterung schon vor dem Röntgen an.

Zur Reposition bei Schulterluxationen erweitere ich die neuraltherapeutischen Maßnahmen.

Durch 5 ml an den N. suprascapularis und 5 ml in das Gelenk lässt sich bei gleichzeitiger minimaler Valium-i.v.-Gabe fast jedes Gelenk reponieren.

An Wochenenden tauchen viele sogenannte Schulter-Arm-Syndrome auf. Die wichtigste Frage gilt der Vorbehandlung. Wurde lokal schon mit Injektionen behandelt, gilt es natürlich, eine Infektion des Gelenkes auszuschließen.

Lokal ausgiebig vorbehandelte Schultern rühre ich gar nicht an, sondern behandle gleich am vermuteten Störfeld. Häufigkeitsmäßig erziele ich durch die Injektion an die Mandelpole die meidten Spontanerfolge.

(Abb. 3 Injektion an die Tonsillenpole)

Die Patienten können sich auf einen einfachen Stuhl setzen und den Kopf an die Wand lehnen. Unter guter Mundaussleuchtung, zur Not auch mit einer Stablampre auf dem Mundspatel, kann ich die Injektion gut vornehmen. Ist die Schulter nicht groß vorbehandelt worden und ist kein Trauma zu eruieren, muß etwas ausführlicher voruntersucht werden.

- Es hat eine neurologische Untersuchung stattzufinden.
- Eine Schmerzauslösung durch die HWS muß ausgeschlossen werden.
- Durch eine Muskelfunktionsuntersuchung und Aufsuchen dolenter Stellen findet eine korrekte Muskelzuordnung statt.
- Blockierungen, besonders des zervikothorakalen Übergangs und der ersten Rippe, müssen aufgespürt werden.
- Auf das Dermatome der Schmerzausbreitung muß geachtet werden (Referred pain)
- Schmerzen im C4-Gebiet verlangen die Prüfung für das AC-Gelenk: Dann ist besonders die horizontale, passive Adduktion schmerzhaft (d.h. Legen der Hand auf den Hals der Gegenseite).

Zur Therapie wende ich Punkte aus meinem sogenannten Schulterprogramm an, welches auch Triggerpunkte beinhaltet, die gleichzeitig ebenfalls Akupunkturpunkten entsprechen

(Abb. 4a Injektion an den N. suprascapularis, Abb. 4b Injektion an das Schultergelenk von dorsal, Abb. 4c Injektion an das Sternoclavikulargelenk und an das AC-Gelenk,

Abb. 4d Quaddelreihe an die Triggerpunkte: M. supraspinatus, M. infraspinatus, M. levator scapulae, M. trapezius,; Quaddeln um die Schulter)

Die häufigsten lokalen Schulteraffektionen sind die Bursitis subacromialis subdeltoidea und die Insertionstendopathie des M. supraspinatus.

- Beide haben einen Painful arc von ca. 70 bis 110 Grad.
- Die Schmerzausbreitung ist bei beiden im C5- Dermatome.
- Bei der Bursitis besteht kein Isometrieschmerz, dafür ein stärkerer Schmerz bei passiver Bewegungsprüfung.
- Der Schmerz bei der Abduktion unter Traktion ist geringer.
- Die Außenrotation des Oberarmes ist bei der Supraspinatusaffektion schmerzhafter als bei der Bursitis.

Besteht eine C5- Schmerzausstrahlung, aber kein Painful arc und kein isometrischer Schmerz und kann der Patient nachts nicht auf der kranken Seite liegen, sollte man sofort an ein Herd-Störfeld-Geschehen denken, d.h. also, vornehmlich an die Injektion an die Tonsillenpole.

Sicherheitshalber werden Patienten mit rechtsseitigen Unterbauchbeschwerden gern zum Ausschluß einer Appendizitis ins Krankenhaus gesandt. Das „chirurgische Messer“ kann man oft stecken lassen. Wie man aus **Abb. 5: kutiviszzerale Organzone der Appendix** ersieht, liegt das Dermatome Th 12 bzw. die Organirritationszone des Blinddarms direkt am McBurney Punkt. Findet man dort parästhetische Hautareale, wird sicher der zugehörige Querfortsatz des entsprechenden Brustwirbelkörpers dolent sein und eine dortige Procain-Injektion wird die sogenannte Appendizitis sofort beseitigen.