

# Grundlagen von Akupunktur und verwandten Verfahren

## Akupunktur-Therapie muskulärer Phänomene – Eine kritische Betrachtung

Reinhart Wagner

Der Beitrag „Kopfschmerz-Therapie durch Triggerpunkt-Akupunktur“ hat einige kritische Fragen zu muskulären Phänomenen, reversiblen und irreversiblen Veränderungen und auch zu Muskelverletzungen aufgeworfen, die es wert sind, nochmals diskutiert zu werden. Es geht also hier nicht um den Kopfschmerz, sondern ausschließlich um Veränderungen der Muskulatur, welcher Art auch immer.

**Zur Erinnerung:** Als Triggerpunkt bezeichnet man eine umschriebene, druckdolente, palpabel abgrenzbare Konsistenzänderung im Muskel mit einem für den jeweiligen Muskel spezifischen Muster der Schmerzausstrahlung, wobei das spontan auftretende Schmerzmuster durch Druck auf den Triggerpunkt reproduziert werden kann. Schon 1983 haben TRAVELL und SIMONS reproduzierbare diagnostische Kriterien für die myofaszialen Triggerpunkte benannt (Tab. 1). Deren sinngemäße Definition der myofaszialen Schmerzsyndrome lautet: *übertragene Schmerzen und/oder autonome Phänomene von aktiven myofaszialen Triggerpunkten mit begleitender Dysfunktion*

empfindliche, druckdolente Stelle in einem muskulären Hartspannstrang mit einer unwillkürlichen Ausweichbewegung (jumping sign) vornehmlich in der tonischen Muskulatur
lokale muskuläre Zuckung als Antwort auf eine mechanische Stimulation (local twitch response)
in eine Präferenzzone übertragener Schmerz
Wiedererkennung des Schmerzes durch den Patienten
Streckhemmung des Muskels
Reduktion der Kontraktionskraft oder nachfolgend muskuläre Atrophie
weitere vegetative Phänomene

Tab. 1: Diagnosekriterien für myofasziale Triggerpunkte

### Diagnostik

Für die Praxis hat sich die in der Tabelle 1 beschriebenen Differenzierung bewährt, wobei Dehnungstests als Basis der Differenzierung verwendet werden, die eine gewisse Palpationserfahrung des Therapeuten voraussetzen. Die möglichst hohe Zuverlässigkeit der diagnostischen Aussagen muss in der Praxis mit einem möglichst geringen Zeitaufwand einhergehen. Technische, apparative Diagnoseverfahren bleiben deshalb im klinischen Alltag meistens außen vor. Es reichen die ersten vier Diagnosekriterien aus obiger Tabelle. Das praktische Vorgehen zeigt Tabelle 2.

Dehnung der suspekten Muskeln, wobei der ausgelöste Schmerz vom Patient als sein Leitschmerz erkannt werden muss
Aufsuchen des Hartspannstrangs im suspekten Muskel, evtl. unter Dehnung
Palpation von ödematösen Verquellungen innerhalb des Hartspannstrangs
Palpation der Druckdolenz, Empfindlichkeit auf Fingerdruck
ausgelöster Schmerz wird erneut vom Patienten als sein Leitschmerz wiedererkannt

Tab. 2: Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf myofasziale Trigger

### Therapie

Von allen therapeutischen Möglichkeiten ist für den Akupunkteur die Therapie mit der Akupunkturnadel, das Dry-Needling, die Methode der Wahl. Dabei gilt es, die Prinzipien der Sorgfalt bei der Akupunktur auf jeden Fall einzuhalten, um komplikationslos zu therapieren. Besonderer Sorgfalt bedarf es bei der Triggerpunkt-Akupunktur im Nacken-Hals-Bereich. Das Ziel ist es, lokales Qi- und Blut-Xue wieder in Fluss bringen, d. h. Normalisierung von Tonus und Trophik. Der Vorteil besteht in geringerer Gewebelastung, weniger Schmerz und einer guten Patientencompliance.

**Strategie:** Bei Füllesymptomatik setzt man sofort die Triggerpunkt-Akupunktur ein, danach kann man die Akupunktur nach TCM-Regeln fortsetzen. Direkte Triggerpunkt-Nadelung löst die „local twitch response“ aus, es erfolgt eine sedierende Stimulation. Bei wechselnden Trigger-Punkten sind nacheinander mit gleicher Nadel alle Punkte zu stechen. Bewährt haben sich die Weici-Methode, wobei ein Zentralnadelstich plus 4 Tangentialstiche auf das Zentrum zu in 1,5 cun Abstand erfolgen, sowie die Peici-Methode als Reihennadelung in 1cun Abstand bei gleicher Stichrichtung und gleichem Stichwinkel (Tangentialstiche).

70 % der Trigger-Punkte sind ja auch als Akupunktur-Punkte bekannt und beschrieben, wobei Trigger-Punkte aber bis zu 3 cm von den klassischen Akupunktur-Punkten abweichen. Da sich Akupunktur-Punkte und Trigger-Punkte in hohem Maße von unterschiedlichen Grundauffassungen ableiten, sollten beide Begriffe nicht als gegeneinander austauschbar verwendet werden. Deshalb ergibt es Sinn, neben Trigger-Punkten auch die locoregionalen Akupunktur-Punkte in die Therapie miteinzubeziehen. Auf jeden Fall gilt auch hier: Vor jeder neuen Behandlung führe man eine pathogenetische Aktualitätsdiagnostik durch!

**Dry-Needling:** Problematisch scheint die einfache Übernahme des Dry-Needlings im Sinne der Therapie von Trigger-Punkten als Sonderform der Akupunktur, auch als Triggerpunkt-Akupunktur bezeichnet. In der Akupunktur gelten völlig andere Wirkmechanismen der Schmerzlinderung. Derartige Wirkmechanismen konnten beim Dry-Needling nicht beobachtet werden, sondern nur die Linderung des Schmerzes und die Aufhebung der spezifischen nichtschmerzhaften Übertragungsphänomene, die für myofasziale Trigger-Punkte charakteristisch sind.

Sinnvoll erscheint dagegen das Dry-Needling als Triggerpunkt-Akupunktur als eine westliche Entwicklung der Nadel-Therapie nach ausschließlich pragmatischen Gesichtspunkten unter Negierung der Grundpfeiler der Traditionell Chinesischen Medizin mit der Syndromlehre, dem Prinzip der Leitbahnen, den *Fünf Wandlungsphasen* und der Funktionskreise, als auch der Puls- und Zungendiagnostik. Ziel der Therapie ist die Behandlung myofaszialer Schmerzsyndrome im Sinne der Schmerz-Akupunktur.

**Triggerpunkt-Akupunktur** zielt demnach nicht nur auf den Triggerpunkt selbst, sondern auf das gesamte gestörte myofasziale Schmerzsyndrom. Als pathogenetische Ursache werden neuropathische Veränderungen im Bereich der spinalen Nervenwurzeln angesehen. Sie können traumatischer, entzündlicher, degenerativer, vaskulärer, metabolischer, toxischer, neoplastischer, aber auch psychosomatischer Natur sein. Sie ziehen Störungen im betroffenen Segment nach sich, die sensorisch, motorisch und auch autonom sein können. Die segmental-radikuläre Störung wird also in das jeweils zugehörige Dermatom, Myotom, Sklerotom und auch Neuro-

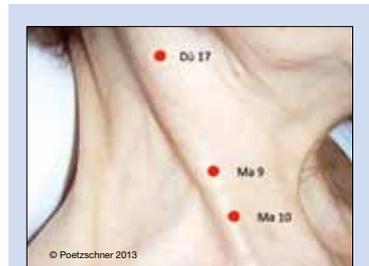


Abb. 1: Trigger- und Leitbahnpunkte am M. sternocleidomastoideus

tom übertragen, damit für den Behandler diagnostisch verwertbar, oftmals als Myogelose oder gar als Trigger-Punkt imponierend.

Da alle drei Äste der betroffenen Spinalnerven erfasst werden, können Trigger-Punkte in allen drei Versorgungsbereichen imponieren, die wiederum den Bezug zur Akupunktur-Lehre verdeutlichen, denn hier finden sich am Rumpf, dem Gebiet der drei Spinalnervenäste entsprechend, die Zuordnung zum YANG-MING (ventraler Ast), SHAO-YANG (lateralen Ast) und TAIYANG (dorsalen Ast). Die Akupunktur-Leitbahnen der TCM orientieren sich an den Extremitäten ebenfalls am peripheren Verlauf der jeweiligen Spinalnerven.

**Verletzung:** Stellt sich die Frage, ob denn das Dry-Needling wie unisono nachlesbar wirklich eine so gewebeschonende Behandlung darstellt. Die Antwort findet sich im Wesen der Akupunktur selbst. Der Stich mit der Akupunktur-Nadel ist und bleibt eine vorsätzliche Körperverletzung, eine Verletzung bisher intakten Gewebes, also sicher einhergehend mit der Entstehung einer Wunde. Diese wiederum bedarf der Wundheilung, die objektiven Kriterien unterliegt, die bei jeder Therapie mit der Nadel mit berücksichtigt werden müssen. Deshalb wundert es nicht, wenn TRAVELL und SIMONS darauf hinweisen, dass für manche Patienten die trockene Behandlung von Triggerpunkten (Dry-Needling) unerträglich schmerzhaft war, nach KRAUS in myofaszialen Triggern noch erheblich ausgeprägter als in bindegewebigen Triggern. Dieser „Wundschmerz“ hält auf jeden Fall einige Minuten an und wird durch die in der Triggerpunkt-Therapie notwendige Dehnung der betroffenen Muskulatur sofort nach der Nadelung noch forciert. Damit können aber bei übertriebenem Stretching die therapeutisch gesetzten Verletzungen der verspannten Muskelfasern im Triggerpunkt noch erheblich zunehmen. Bleiben wir ausschließlich bei der Triggerpunkt-Akupunktur, so werden hier nachweislich durch wiederholtes „Sticheln“ in das muskuläre Punctum maximum der schmerzhaften Muskelverhärtung Mikroläsionen und Hämatome induziert, die als Reiz noch weit über die reine Behandlungsdauer hinaus wirksam sind. Es versteht sich von selbst, dass ein vorheriger Ausschluss behandlungspflichtiger Grunderkrankungen wie Infektionen oder Tumore zu erfolgen hat.

**Anwendung:** Es findet sich für die Triggerpunkt-Akupunktur in allen Bereichen der Sportmedizin ein breites Anwendungsgebiet. Nicht nachvollziehbar sind jedoch Aussagen in der Fachliteratur, leistungslimitierende Muskelverhärtungen seien noch am Spielfeldrand schnell und ursächlich zu behandeln. **Caue:** Mit der beschriebenen Methode sicher nicht! Dagegen ist die von BALDRY beschriebene Form der Triggerpunkt-Akupunktur sehr wohl auch am Spielfeldrand möglich. Er beschreibt den mehrfachen Stich im Sinne der subcutanen Stichelung bis in tiefere Schichten direkt über dem betroffenen Muskelareal an die Faszie heran, ohne diese zu durchstechen. Damit bleibt die Muskulatur arbeitsfähig, der segmental regulierende, also therapeutische Einfluss bleibt im Wesentlichen bestehen, der sich nach den Gesetzen des von BECKE beschriebenen Segment-regulatorischen Komplexes richtet. Als Hauptindikation für die Triggerpunkt-Akupunktur gelten nach BALDRY die traumainduzierten myofaszialen Schmerzsyndrome. Als Kontraindikationen gelten die gleichen Kautelen wie bei der klassischen Akupunktur im Sinne der TCM. Dazu beachte man die Grundregeln der Sicherheit: Therapie nur am liegenden Patienten. Der Patient ist schon kurz nach Ende der Triggerpunkt-Akupunktur wieder straßenfähig. Eine Behandlung im Abstand von anfangs zwei bis drei Tagen, dann einmal wöchentlich entspricht ebenfalls den Therapiezyklen der TCM. Letztendlich sind Triggerpunkte nichts anderes als die von den Chinesen beschriebenen *A-shi*-Punkte. Und somit schließt sich der Kreis ...

Das alles ist lehrbar, lernbar und reproduzierbar, auf jeden Fall in den Akupunktur-Kursen der DGfAN. Unser Motto: Lust auf Fort- und Weiterbildung?

Autor:  
Dr. med. Reinhart Wagner, Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin  
Akupunktur, Chirotherapie, NHV  
E-Mail: dr.wagner@dgfan.de

Literatur beim Verfasser

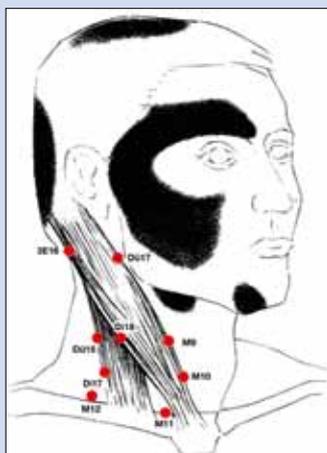


Abb. 2: M. sternocleidomastoideus mit TrP

**Segment-Akupunktur:** Da sich während der Embryonalentwicklung verschiedentlich Verschiebungen der einzelner Strukturen vom Rumpf zu den Extremitäten und danach teilweise wieder zurück zum Rumpf ergeben, weist WANCURAKAMPIK auf die besondere Bedeutung unterschiedlicher Stichtiefen hin. So können an bestimmten Akupunktur-Punkten durch einen einzigen Nadelstich Dermatom, Myotom Neurotom und Sklerotom zwar übereinanderliegend, aber von verschiedenen Spinalnerven versorgt, stimuliert und damit mehrsegmental therapeutisch beeinflusst werden.

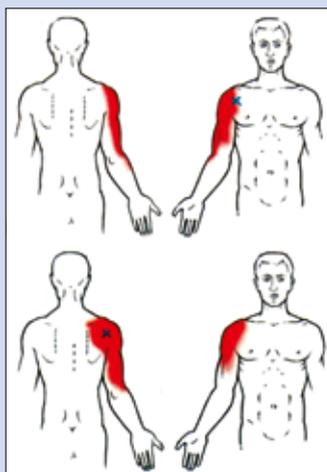


Abb. 3: M. deltoideus mit Triggerpunkten