

# Grundlagen von Akupunktur und verwandten Verfahren

## Kopfschmerzbehandlung mit Neuraltherapie, Manueller Medizin und Akupunktur

Rainer Wander

Kopfschmerzen sind so alt wie die Menschheit selbst. Schon vor vier Jahrtausenden schrieben Sumerer und Assyrer auf Papyrusrollen, dass sie sich für ihre Schmerzen einen „neuen Kopf“ wünschen. Den gemeinen Kopfschmerz gibt es nicht. Die *International Headache Society* kennt viele verschiedene Formen von Kopfschmerzen, wobei Migräne, Spannungskopfschmerzen, Cluster- und medikamenteninduzierter Kopfschmerz zu den wichtigsten zählen. Die Ursachen sind vielgestaltig. Demzufolge sind auch die Behandlungsansätze beim Kopfschmerz sehr unterschiedlich und bedürfen einer eingehenden Diagnostik und Anamnese. Viele unserer Patienten leiden gelegentlich, dauernd oder regelmäßig wiederkehrend an Kopfschmerzen. 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 Erkrankungen vorher auszuschließen.

### Neuraltherapie

Mit der Neuraltherapie werden periphere Reize gelöscht. Diese Reizquellen liegen vorzugsweise im HNO-Bereich. Die spezielle neurologische Versorgung löst im zugeordneten vertebrogenen System eine Fehlstellung der oberen Halswirbelsäule, der Kopf- und Halsgelenke, 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 Kopf- und Halsgelenke gelangt in eine Fehlstellung. Die Stellung aber dieser Gelenke hat 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 bedingt 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, lehr- und lernbar.

### Segmenttherapie und erweiterte Segmenttherapie

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 Reflexlösungen zu erreichen. Die sog. bilaminäre Zone ist eine Injektion an Akupunkturpunkte (3E21, 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 faziale, trigeminale (1., 2. und 3. Ast) sowie vasale Reizleitungen zu neutralisieren. Die sog. suboccipitale Strecke ist die Injektion an die Nervenaustrittspunkte des N. occipitalis major et minor mit Injektion an die occipito-mastoidale Sutur. Sie kann mit der sog. 9er Strecke nach Perschke optimiert werden. Eine einfache paravertebrale Quaddelserie im Nacken ist leicht möglich.

Unter der erweiterten Segmenttherapie verstehen wir die Injektion an das Ganglion cervicale superior oder stellatum. Auch die Injektion an das Ggl. pterygopalatinum und oticum sind lohnend. Ebenso zur Unterbrechung vasaler Reizwege die Injektion an die Arteria carotis, an die Arteria vertebralis oder Arteria temporalis superficialis.

### Störfeldtherapie

Auf eine Störfeldtherapie ist bei Kopfschmerzen nicht zu verzichten. Die zentral registrierbaren Reizerhöhungen haben immer ihren Ursprung aus der Peripherie. 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. Es sind dies die Nasennebenhöhlen, die Zähne, die Tonsillen, das Ohr, aber auch die Unterleibsorgane und evtl. Narben im Körper. Alle diese Injektionen können in den Lehrgängen der DGfAN eingeübt werden.

### Manuelle Therapie

Die Störfelder im Kopfbereich lösen regelmäßig eine funktionelle Skoliose aus. Aus der Erfahrung vieler Jahre der täglichen Manuellen Therapie ergeben sich gewisse stereotyp wiederkehrende Muster dieser funktionellen Skoliose. Sie endet immer im Becken, denn das Iliosacralgelenk muss die ankommende Wirbelfehlstellung abfangen. Es rotiert das Sacrum und bringt die Ossa ilii 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. Das Ziel der Manuellen Therapie muss es sein, diese Funktionskette auf allen Ebenen und insbesondere die ISG-Störung zu beseitigen.

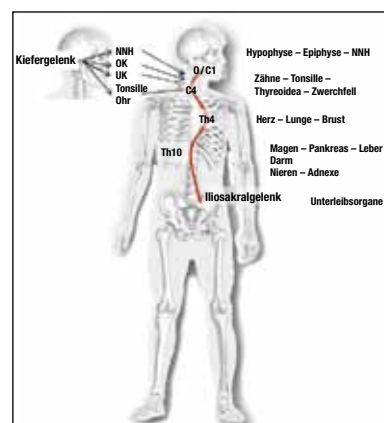


Abb. 1: Funktionskette nach Wander

Diese Störungen können in den bevorzugten Etagen der funktionellen Skoliose liegen. Es sind dies: Occ./C1/C2 – C4 – Th4 – Th10 – L5/S1/ISG. Natürlich werden die Blockierungen persönlichkeitspezifisch um einige Etagen auf- und/oder abwärts verschieden

sein können. Einige Etagen werden frei bleiben und andere therapieresistent rezidivieren. Alle betroffenen Etagen werden vertebra- in einen sympathischen Reizzustand versetzt. Die über den segmental-reflektorischen Reflex angeschlossenen Strukturen und Organe gelangen ebenso in diesen sympathischen Reizzustand. Wieder wird sich persönlichkeitspezifisch der Reiz mehr in der Haut (Quaddeln, Schröpfen), in der Unterhaut (CO<sub>2</sub>-Insufflationen), in der Muskulatur (Physiotherapie, Akupunktur, Neuraltherapie), im vertebra- genen 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. Die Manuelle Therapie sollte immer nach der Neuraltherapie (segmentale Reizsenkung) im oberen HWS-Bereich beginnen. Sollten diese absteigenden Ketten nicht gelöst werden können, kann man aufsteigend mit Korrektur des ISG beginnen. Das Ileosacralgelenk ist das Projektionsgelenk bei Reizen aus den Unterleibsorganen. Sind diese dominant, müssen erst diese neuraltherapeutisch gelöscht werden (Injektion suprapubisch nach Dosch oder nach Becke, oder transvaginale Injektion in den Frankenhäuser Plexus).

Alle peripheren (Störfelder) oder vertebra- genen (Blockierungen) Reize werden im propriozeptiven Steuerungszentrum der oberen HWS registriert und spinal geleitet (Spannungskopfschmerz) oder aber vasa- geleitet (Migräne) oder gemischt geleitet (atypisch vegetativer Gesichtsschmerz).

### Akupunktur

Die Grobeinteilung der Funktionskette kann noch viele Variationen und Verwirrungen stiften, die von den Regeln der klassischen Akupunktur beschrieben und beachtet werden. Das anscheinend komplizierte System der Traditionellen Chinesischen Akupunktur

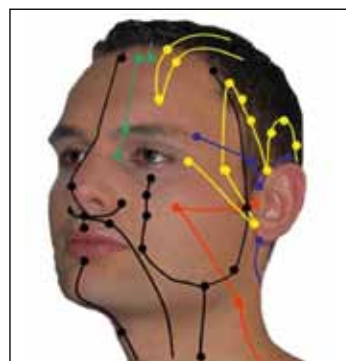


Abb. 2: Akupunkturmeridiane am Kopf

beachtet differenziert Persönlichkeitsstruktur, äußere Einflüsse, innere Einflüsse und vieles mehr und projiziert diese auf ihr Leitbahnsystem. Auch diese ist sehr vereinfacht mit einer Schmerz- sensation im Leitbahnsystem am Kopf zu differenzieren und zuzuordnen. Da das Leitbahnsystem am Kopf überlagert ist, können nur aus didaktischen Gründen strenge Trennungen vorgenommen werden.

Die Akupunktur aktiviert durch gezielte Reize unsere körpereigenen descendierenden Hemmsysteme. Sie ist umso erfolgreicher, wenn schon vorher periphere Reiz 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. Man unterscheidet grob: Blasenkopfschmerz, Gallenblasenkopfschmerz, Drei- Erwärmer-Kopfschmerz, Magenkopfschmerz und Leberkopfschmerz.

### Blasenkopfschmerz

Die Schmerz- sensation wird entlang dem Blasenmeridian empfunden. Es kann als Spannungskopfschmerz oder auch als Migräne

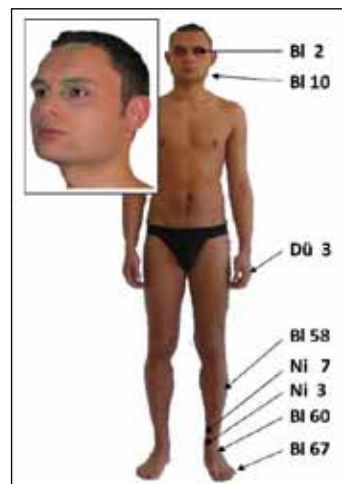


Abb. 3: Blasenmeridiankopfschmerz

empfundene werden. Die schmerz- hafte 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 cervikalen Wurzel C1. Die empfohlenen Punktkombinationen werden von mehreren Autoren angeraten (Herget, Perschke, Becke, Wagner).

### Gallenblasenkopfschmerz

Die Schmerz- sensation wird im seitlichen Schläfenbereich des Kopfes empfunden. Die Gallenblasenleitbahn ist sehr häufig die Projektion bei Störungen der Unterleibsorgane. Die neuraltherapeutische Injektion dorthin (nach Becke, Dosch, Frankenhäuser) sollte vor einer Akupunktur erfolgen. Die Unterleibsorgane projizieren ihren Reizzustand vorwiegend parasymphatisch über den N. pudendus von sacral

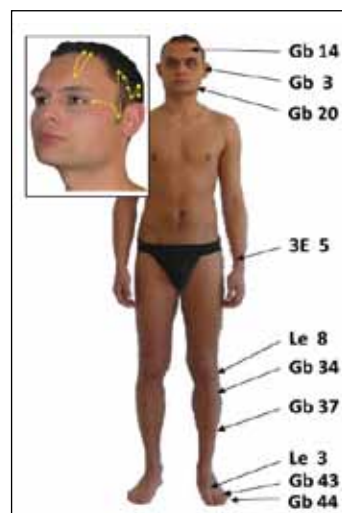


Abb. 4: Gallenblasenmeridiankopfschmerz

nach cranial und werden nach zentraler Umschaltung parasymphatisch, die Trigemina- säste begleitend, vorwiegend in den 2. Trigeminasast projiziert. Narben im Scheideneingang nach Episiotomien, nach Geburtstraumen, nach plastischen Operationen oder nach Konisationen sind häufig Auslöser dieser Schmerzen im Kopfbereich. Als neuraltherapeutische Injektion haben sich der temporo- mandibuläre Block und die Injektion an das Ganglion pterygopalatinum bewährt. Tritt der Schmerz als Migräne auf, so ist diese meist mit dem hormo- nellen Zyklus assoziiert.

### Drei-Erwärmer-Kopfschmerz

Die Schmerz- sensation ist dem Gallenblasenkopfschmerz sehr ähnlich. Auch seine Genese ist häufig mit Bauch- und Unterbauch- beschwerden kombiniert. Die Schmerzen werden besonders im M. trapezius beschrieben. Dieser aber gehört zur Halsmuskulatur, eine Fernleitung ist also verständlich. Der empfundene Augen- schmerz liegt am lateralen Augenwinkel und lässt Verbindungen zum N. facialis erkennen.

**Magenmeridiankopfschmerz**

Die Schmerzempfindung wird im seitlichen Schläfen- und Stirnbereich aber auch im Oberkiefer über der Kieferhöhle empfunden. Eine Sinusitis maxillaris kann unterstützend dafür sein. Die 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.

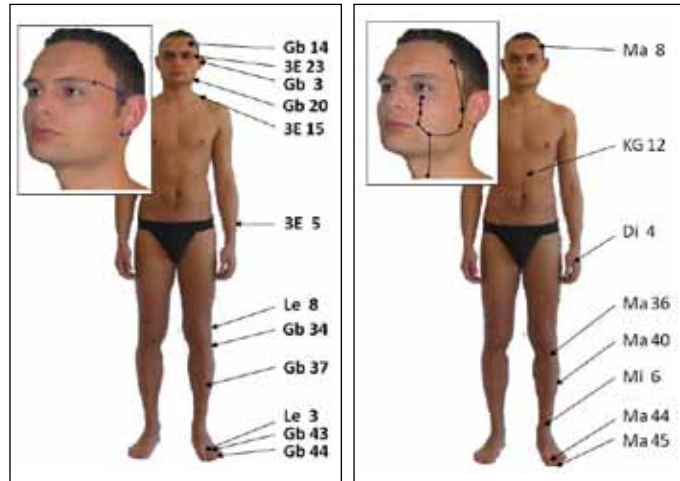


Abb. 5: Drei-Erwärmer-Kopfschmerz    Abb. 6: Magenmeridiankopfschmerz

**Lebermeridiankopfschmerz**

Die Schmerzempfindung wird als Deckel am höchsten Punkt des Kopfes empfunden. Dort befindet sie der Grenzpunkt der Innervation, nach vorn vom N. trigeminus und nach hinten von 2.



Abb. 7: Lebermeridiankopfschmerz

Cervikalnerv des spinalen Systems. Es ist der LG 20 (*Bau Hui*) und stellt die Projektion der Hypophyse, der Keilbeinhöhle und des inneren Verlaufs des Lebermeridians dar. Hormonelle Störungen und Erkrankungen der Leber sind oft unterstützende 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.

**Abschließende Betrachtung**

Alle unsere engagierten Bemühungen, Schmerzen mit komplementären Verfahren zu beseitigen, sollten uns nicht davon abhalten zum Wohle des Patienten auch einmal zu Schmerztabletten, Infusionen oder psychotherapeutischen Interventionen zu greifen. Alle Methoden haben eine gewisse Berechtigung.

Autor:  
 MR Dr. med. Rainer Wander, Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren, Spezielle Schmerztherapie  
 Friedensstraße 47, 07985 Elsterberg  
 Tel.: 036621-29025, E-Mail: dr.wander@t-online.de  
 www.dgfan.de

Literatur beim Verfasser