

Wichtige Aspekte eines ganzheitlichen schmerztherapeutischen Konzeptes

Dr. med. Ralf Oettmeier

Zusammenfassung

Die moderne Schmerztherapie sollte kausalen und individualisierten Prinzipien folgen. Konkret bedeutet dies die Evaluierung wesentlicher Schmerzursachen, welche häufig mit entzündlichen Vorgängen einher gehen. Zudem sollte bei Versagen lokaler oder regionaler Behandlungen eine ganzheitliche Betrachtung mittels segmentreflektorischer Komplexe, dem Wissen aus der TCM und Regulationsmedizin im Vordergrund stehen. Wichtig ist auch die Supplementierung essentieller Vitalstoffe bei nachgewiesenem Mangel, die Einbeziehung der biologischen Zahmedizin und die Nutzung nebenwirkungssamer(freier) naturheilkundlicher Analgetika. Abgerundet wird die ganzheitliche Schmerzmedizin durch psychoemotionale Harmonisierungstechniken, welche dem Wesen des Schmerzes als unangenehme emotionale Erfahrung, Rechnung trägt.

Einführung

Die Behandlung von chronischen Schmerzen gehört zu den größten Herausforderungen der modernen Medizin und bildet ein enormes sozial-ökonomisches Belastungspotential. So werden in Deutschland, Österreich und der Schweiz jährlich zwischen 42 und 50 Schmerztabletten pro Kopf

konsumiert. Über die Hälfte davon werden rezeptfrei in der Apotheke erworben. Der Rest belastet beispielsweise die Deutschen Krankenkassen mit 7.3 Milliarden Euro [1]. Die damit verbundenen Nebenwirkungen und Todesfälle des regelmäßigen Konsums an Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sind gravierend. Nach NOLTE et al starben 2011 in Deutschland ca. 2.200 Patienten an den Folgen von NSAR Missbrauch. Es mussten zusätzlich 750 Millionen € für die Behandlung von NSAR-Nebenwirkungen aufgebracht werden [2]. Eine Schweizer Studie konnte zusätzlich bei regelmäßigen NSAR Gebrauch eine erhöhte Rate an Herzinfarkt und Hirnschlag bei der Analyse des Datenmaterials aus 31 Studien mit insgesamt 120.000 Personen aufzeigen [3]. In den USA lag die Sterberate an gastrointestinalen Blutungen aufgrund NSAR Missbrauchs offiziell bei jährlich etwa 16.500 [4].

Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Schmerztherapie: weg von vordergründiger pharmazeutischer Intervention und hin zu einem individualisierten, kausal ansetzenden und ganzheitlichen Konzept. Dieser Prämisse möchte sich dieser Artikel widmen.

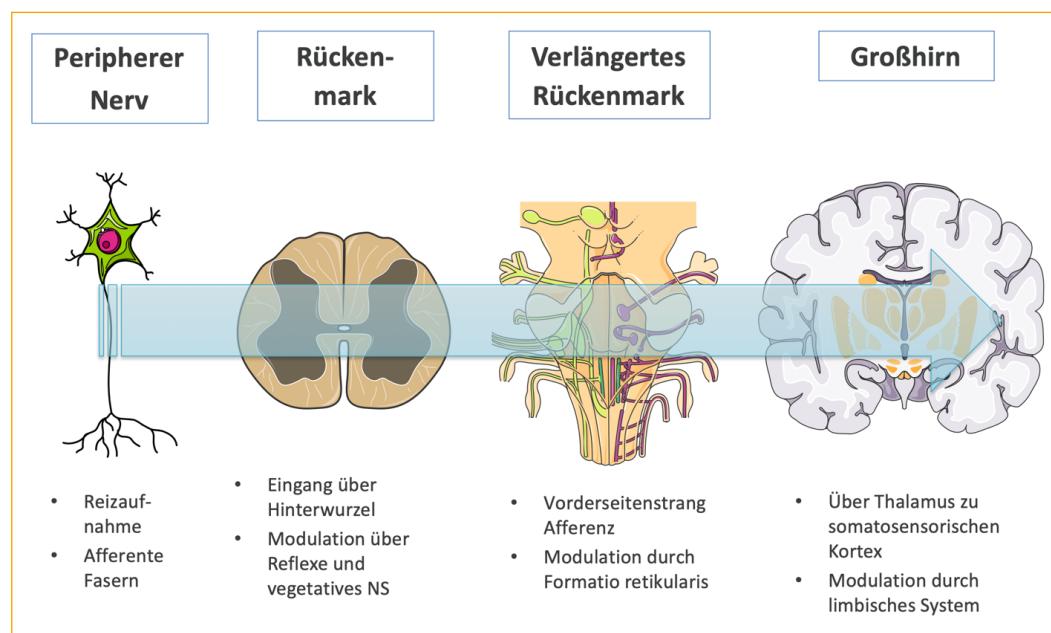


Abb. 1 Modell der Entstehung akuter Schmerzen

Zum Verständnis von akutem und chronischem Schmerz

Gemäß der IASP bedeutet Schmerz eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer echten oder potentiellen Gewebebeschädigung einhergeht oder als solche beschrieben wird [5]. Somit gilt es physiologische, biochemische und immaterielle Aspekte auf den verschiedenen Ebenen der Schmerzverarbeitung zu unterscheiden. Bei akuten Schmerzen fällt die von der Peripherie zum Gehirn aufsteigende Verarbeitungskette bis hin zur Schmerzempfindung leicht (Abb. 1). Dabei werden durch mechanische, chemische und physikalische Noxen afferente Nervenfasern in der Peripherie gereizt, welche dann eine Reizleitungskette in Gang setzen. Unter Beteiligung von Mastzellen werden auch chemische Stoffe, wie Histamin, Substanz P, Bradykinin und Prostaglandine als Reizverstärker gebildet.

Für das Verständnis der Entstehung chronischer Schmerzen reicht das linear-mechanistische Modell nicht aus. Hierzu wurden in den 1990er Jahren praxisrelevante Modelle der Definition rezeptiver Felder und die Neuroplastizität als Basis des Schmerzgedächtnisses entwickelt und haben bis heute Gültigkeit [6–9]. Wie die Abb. 2 und 3 illustrieren, gibt es sowohl peripher als auch zentral aktivierende und hemmende Faktoren, welche den Schmerz modulieren und letztlich in seiner Wahrnehmung beeinflussen. Beginnend mit der Anamnese, sollte all diesen Komponenten der Schmerzentstehung bzw. -unterhaltung von dessen Chronizität unsere Aufmerksamkeit gelten. Damit wird auch klar, dass man in komplizierten Fällen für eine individuelle Schmerzanalyse ein therapeutisches Team benötigt, welches in der Gesamtheit der Komplexität der Thematik Rechnung tragen kann.

In der Ganzheitsmedizin betrachten wir den Schmerz auch gern als die Spitze eines Eisberges, welchem ein Vielfaches seines Volumens an potentiellen Ursachenfaktoren „unter der Wasseroberfläche“ zu Grunde liegen (Abb. 4). Je tiefer man anamnestisch und diagnostisch vordringt, umso kausaler und langanhaltend-erfolgreicher gestaltet sich die Schmerztherapie. Die beste Medizin wäre natürlich, den „Eisberg des Schmerzes“ komplett aufzulösen. In der Praxis gelingt es bei chronisch Kranken aufgrund zunehmender organischer Schäden oft nur, diesen zu verkleinern. Eine einfache Unterdrückung des Schmerzes durch Analgetika klassischer Art (NSAR, Opioide) sollte nur den Situationen vorbehalten sein, wo andere, nicht-medikamentöse Verfahren und natürliche Schmerzmittel versagen. Dies sollte die Leitschnur unseres Handelns sein.

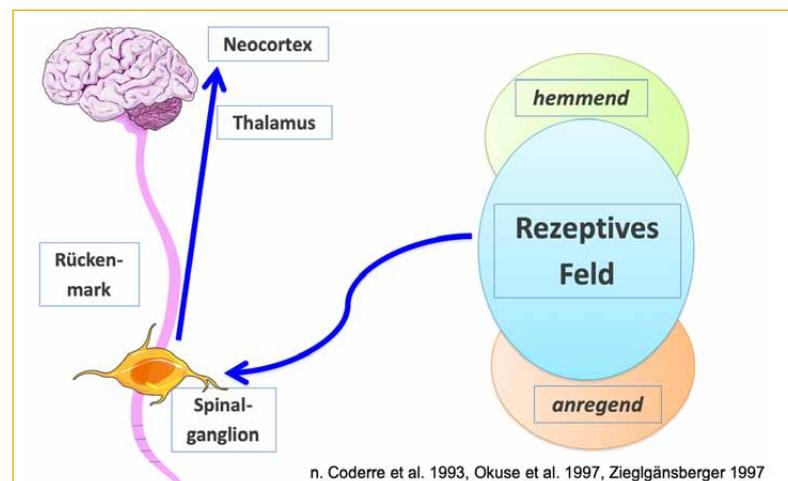


Abb. 2 Entstehung chronischer Schmerzen (schematisch)

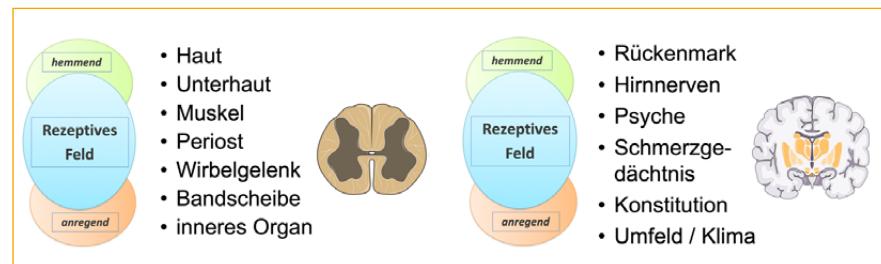


Abb. 3 Hauptkomponenten des peripheren (links) und zentralen (rechts) rezeptiven Feldes



Abb. 4 Schmerz als die Spitze eines kausalen Eisberges von Funktions- und Regulationsstörungen sowie tiefen kausalen Mechanismen

Lokale Verfahren der ganzheitlichen Schmerztherapie

Diese Verfahren gelten der Reduktion der nozizeptiven Reize in der Peripherie im vom Schmerz betroffenen (empfundenen) Gebiet. Häufig führen die Betroffenen instinktiv Maßnahmen, wie Schonung, Wärmen, Kühlung oder die Anwendung von Salben oder Wickeln durch. Die naturheilkundliche Schmerz-

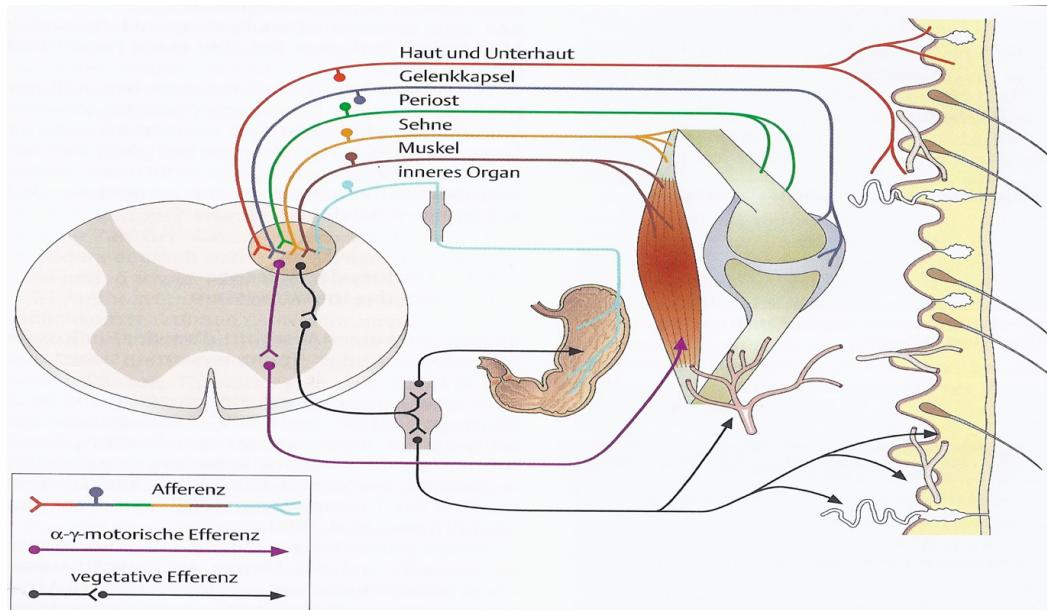


Abb. 5 Komponenten eines Wirbelsegmentes als Basis des peripheren rezeptiven Feldes (aus v. d. Berg 2003)

therapie kann hier zusätzlich mit Salben (Weihrauch, Traumeel®, Zeel®), lokaler Akupunktur oder Neuraltherapie, manueller Therapie, Laserbehandlung oder Schröpfen für Linderung sorgen. Auch die klassische Methode des Cantharidenpflasters, Baunscheidtrens als auch Blutegel haben sich als Ausleitungsverfahren bewährt. Aber je chronischer der Schmerz, desto weniger hilfreich werden diese Methoden sein. Bereits der tschechische Manualtherapeut LEWITT sagte: „Wer den chronischen Schmerz nur dort behandelt, wo er empfunden wird, ist verloren.“

Segmentale Therapie des chronischen Schmerzes

Diese folgt konsequent der Annahme des rezeptiven Feldes und hat die Reflexzonen nach HEAD sowie im Kopf-Hals-Bereich den segmentreflektorischen Komplex als physiologischen Hintergrund [10–11]. Nicht-

medikamentöse Verfahren, wie die Manualtherapie, Akupunktur, Schröpfen, Wickel und Auflagen, loko-regionale Magnetfeldtherapie und Spezialmassagen stehen wiederum im Vordergrund. Wir favorisieren die oberflächlichen und ggf. tiefen Injektionen mit Neuraltherapie unter Nutzung von Procain und von auf die Problematik zugeschnittenen naturheilkundlichen Zusätzen (siehe Tabelle unten). Beispielsweise erfolgt eine ventrale Injektion in das Leber-Galle-Segment sowohl unterhalb des rechten Rippenbogens als auch paravertebral auf Höhe Th9–10 interspinal (Procain 1% plus Taraxacum comp. Injeel®, Hepar comp. Injeel® und Mucedokohl® SANUM).

Systemische Ansätze ganzheitlicher Schmerztherapie

Auf Basis ganzheitlicher Diagnostik bilden die das gesamte Regulationssystem des Menschen betreffenden Verfahren den Schwerpunkt unserer Arbeit. Diese zielen darauf ab, das System von permanent vorhandenen neuromodulativen Triggern (= Störfeldern) zu befreien, antizündlich und Heilungsfördernd einzuwirken. Aus Gründen der Systematik werden wir die wichtigsten Komponenten in der Folge separat betrachten:

a) Erkennen und Ausschalten von neuromodulativen Triggern

Diese, früher genannte Foci oder Störfelder, werden als pathologisch-entzündetes Gewebe beschrieben, welche prinzipiell in allen Bereichen des Körpers vorkommen können. Sie lassen sich durch eine gründliche Untersuchung, Bildgebung und funktionellen Messungen objektivieren. Zur Diagnostik favorisieren wir die BioThermologie (auch Regulationsthermo-

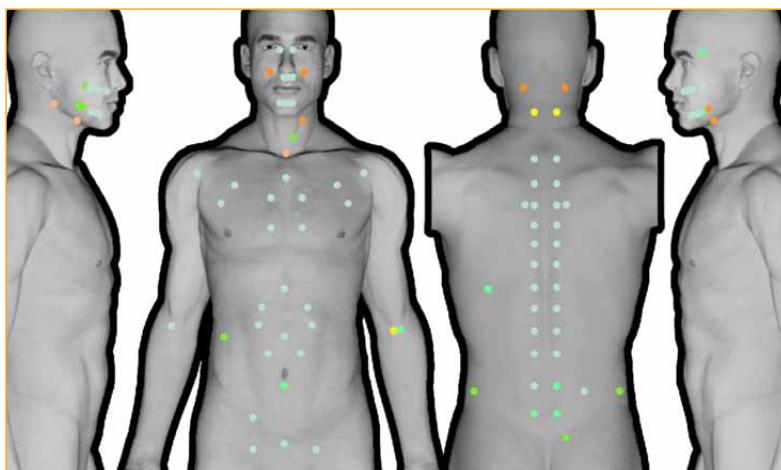


Abb. 6 Biothermologie. Auffällig sind die gelben und orangenen Messpunkte (System thermolytics 3000-IR, Fa. SwissMedAnalytics AG), Erklärung im Text

SINNESORGANE	Innenohr	Kieferhöhle	Siebbeinzellen	Auge	Stirnhöhle	Stirnhöhle	Auge	Siebbeinzellen	Kieferhöhle	Innenohr		
GELENKE	Schulter Ellbogen		Kiefer		Schulter Ellbogen		Knie hinten		Knie hinten			
	Hand ulnar Fuß plantar Zehen & 1*	Knie vorn	Hand radial Fuß Großzehe	Hüfte	Kreuzsteinbein	Kreuzsteinbein	Hüfte	Hand radial Fuß Großzehe	Kiefer	Schulter Ellbogen		
				Fuß		Fuß				Hand ulnar Fuß plantar Zehen & 1*		
RÜCKENMARK-SEGMENTE	Th1 C8 Th7 Th6 Th5 S3 S2 S1	Th 12 Th 11 L1	C7 C6 C5 Th4 Th3 Th2 L5 L4	Th 8 Th 9 Th10	L3 L2 Co S5 S4	L2 L3 S4 S5 Co	Th 8 Th 9 Th10	C5 C6 C7 Th2 Th3 Th4 L4 L5	Th 1 Th 12 L1	C8 Th1 Th5 Th6 Th7 S1 S2 S3		
WIRBEL	B1 H7 B6 B5 S2 S1	B12 B11 L1	H7 H6 H5 B4 B3 L5 L4	B9 B10	L3 L2 Co S5 S4 S3	L2 L3 S3 S4 S5 Co	B9 B10	H5 H6 H7 B3 B4 L4 L5	B11 B12 L1	H7 B1 B5 B6 S1 S2		
ORGANE	Herz rechts		Pancreas	Lunge rechts	Leber rechts	Niere rechts	Niere links	Leber links	Lunge links	Milz		
	Duodenum	Magen rechts	Dickdarm rechts	Gallenblase	Blase rechts urogenitales Gebiet	Blase rechts urogenitales Gebiet	Gallengänge li	Dickdarm links	Magen links	Jejunum, Ileum li.		
ENDOKRINE DRÜSEN	Hypophysenvorderlappen	Nebenschilddrüse	Schilddrüse	Thymus	Hypophysenhinterlappen	Epiphyse	Epiphyse	Hypophysenhinterlappen	Thymus	Schilddrüse Nebenschilddrüse	Hypophysenvorderlappen	
SONSTIGES	ZNS, Psyche	Mammadrüse re.							Mammadrüse li.	ZNS, Psyche		
	R										L	
	Zahn	8	7	6	5	4	3	2	1	1	Zahn	
	R										L	
SONSTIGES	Energiehaushalt	Mammadrüse re.							Mammadrüse li.	Energiehaushalt		
ENDOKRINE DER GEWEBESYSTEME	peripherie Nerven	Arterien	Venen	Lymphgefäß	Keimdrüse	Nebenniere	Nebenniere	Keimdrüse	Lymphgefäß	Venen	Arterien	peripherie Nerven
ORGANE	Ileum rechts	Dickdarm rechts	Magen rechts Pylorus	Gallenblase	Blase rechts Urogenitales Gebiet	Blase links Urogenitales Gebiet	Gallengänge links	Magen links	Dickdarm links	Ileum rechts		
	Ileocaecales Gebiet								Ileocaecales Gebiet			
	Herz rechts	Lunge rechts	Pancreas	Leber rechts	Niere rechts	Niere links	Leber rechts	Milz	Lunge links	Herz rechts		
WIRBEL	B1 H7 B6 B8 S2 S1	H7 H6 H5 B4 B3 L5 L4	B12 B11 L1	B9 B10	L3 L2 Co S5 S4 S3	L2 L3 Co S3 S4 S5	B9 B10	B11 B12 L1	H5 H6 H7 B3 B4 L4 L5	B1 H7 B6 B8 S2 S1		
RÜCKENMARK-SEGMENTE	Th1 C8 Th7 Th6 Th5 S3 S2 S1	C7 C6 C5 Th4 Th3 Th2 L5 L4	Th 12 Th 11 L1	Th 8 Th 9 Th 10	L3 L2 Co S5 S4	L2 L3 Co S4 S5	Th 8 Th 9 Th 10	Th 11 Th 12 L1	C5 C6 C7 Th2 Th3 Th4 L4 L5	Th1 C8 Th7 Th6 Th5 S3 S2 S1		
	Schulter - Ellenbogen			Knie vorn	Knie hinten		Knie hinten		Knie vorn	Schulter - Ellenbogen		
GELENKE	Hand ulnar Fuß plantar Zehen und 1*	Hand radial Fuß Großzehe	Kiefer	Fuß	Hüfte	Kreuzsteinbein	Kreuzsteinbein	Hüfte	Kiefer	Hand radial Fuß Großzehe	Hand ulnar Fuß plantar Zehen und 1*	
					Fuß		Fuß					
SINNESORGANE	Ohr	Siebbeinzellen	Kieferhöhle	Auge	Stirnhöhle	Stirnhöhle	Auge	Kieferhöhle	Siebbeinzellen	Ohr		

Abb. 7 Wechselbeziehungen zwischen Zähnen und Körper (modifiziert nach R. VOLLM)

graphie genannt). Abb. 6 zeigt das Thermogramm eines 62-jährigen Herren, welcher seit 6 Jahren an ausgeprägten und bis dahin therapiereistenten chronischen Lumbalschmerzen litt. Das Thermogramm zeigte aber nur Auffälligkeiten im Bereich der Kieferhöhlen, der Gaumenmandeln und der oberen HWS. Eine gezielte Neuraltherapie dieser Zonen brachte die Schmerzen innerhalb von wenigen Minuten zum Verschwinden.

Eine große Bedeutung in der Auswirkung von chronischen Entzündungsherden auf den Körper haben die

Zahn-Kieferregion. Faktisch ist jedes Zahnfach (Odontom) mit inneren Organen, Gelenken und Wirbelsäulensegmenten verbunden (Abb. 7). Eine Routinekomponente der ganzheitlichen Schmerztherapie ist die Vorstellung des Patienten bei einem diesbezüglich qualifizierten biologisch-denkenden Zahnarzt. Durch gründliche Untersuchung, Bildgebung mittel OPT und ggf. DVT verifiziert dieser objektiv Entzündungsherde im Zahn-Kieferbereich (wie Restostitiden, Entzündungen an wurzeltoten Zähnen, verlagerte Zähne, versprengte Zahnkeime usw.) sowie Störungen der



Abb. 8 Orthopantomogramm (OPT) einer 64-jährigen Dame mit Migräne, Kopfschmerzen, Rücken- und Oberbauchschmerzen

Bisseinstellung im Sinne einer kraniomandibulären Dysfunktion. Bei adäquater Sanierung erfahren die Patienten teilweise spektakuläre Besserungen ihrer Schmerzproblematik. Einen diesbezüglichen Fall zeigt das OPT von Abb. 8. Hier erkennt man an mehreren wurzelbehandelten Zähnen große Eitergranulome. Die Extraktion dieser mit Applikation von Plättchenreichem Plasma (PRP) lokal zur Wundversorgung erbrachte sofortige Beschwerdefreiheit. Je chronischer die Problematik, desto konsequenter sollte man derartige Entzündungsherde ausräumen.

b) Entgiften statt vergiften

Es ist logisch, quasi „BIO-logisch“, dass toxische Stoffe aller Art auch irritativ auf Nerven und damit schmerzunterhaltend. Dies wurde beispielsweise klar bei der Fibromyalgie und der Belastung mit Cadmium, Blei und Quecksilber aufgezeigt [12]. Eine entsprechende Diagnostik mittels Chelat-Mobilisationstest oder auch photometrischer Elementanalyse mittels SO-Check sollte zur Routine gehören. Die adäquate Ausleitung und Entgiftung erfolgt mit Naturheilmitteln für Leber, Lymphe und Niere, Antioxidantien, Zeolith und Algen, mit Ausleitungsinfusionen (incl. DMPS, DMSO, EDTA), medizinischen Darmspülungen und Ganzkörperhyperthermie. Ein Hauptaugenmerk gilt natürlich dem Meiden neuer toxischer Belastungen durch metallfreie Zahnsanierung, Umstellung der Ernährung, Verbesserung von Arbeitsschutz und Optimierung der Wohn- und Arbeitsbedingungen.

c) Die besondere Bedeutung der orthomolekularen Medizin

Vitamine, Mineralien, Spurenelemente, Fettsäuren als auch essentielle Aminosäuren werden beim chronischen Schmerzpatient zunächst auf Mangelzustände untersucht und dann adäquat supplementiert. Beispielsweise konnte man bereits 1976 zeigen, dass eine mehrwöchige Gabe von täglich 50 mg Zink die Entzündung, Schwellung, Morgensteifigkeit und den

Gelenkschmerz bei Rheumatoidepatienten signifikant senkt [13]. Auch die Bedeutung von Magnesium in der Schmerztherapie ist nicht zu unterschätzen. So bewirkte eine vierwöchige Gabe von täglich 500 mg Magnesium bei chronischen Rückenschmerzpatienten eine signifikante, über 12 Wochen anhaltende Besserung [14]. Sehr gute Ergebnisse werden auch bei hochdosierter Gabe von Glucosamin und Chondroitsulfat bei Arthroseschmerzen berichtet [15]. Auch andere Antioxidantien, wie Vitamin C, E oder Selen gehören zu einem ganzheitlichen orthomolekularen Therapieregime [16]. Bei entzündlichen Gelenkschmerzen verwenden wir gerne 200–300 µg Selen als Zusatz zur Neuraltherapie. Schließlich sollten wir bei vorhandener Abweichung auch konsequent Einfluss auf Säure-Base-Abweichungen nehmen. CSEUTS konnte an 37 Patienten mit entzündlichem Gelenkschmerz zeigen, dass dieser nach vierwöchiger Gabe von Basenpulver (zweimal täglich) über vier Wochen signifikant abnahm bei gleichzeitiger Zunahme des Endorphinspiegels. Gleichzeitig konnte der Gebrauch von NSAR und Kortison deutlich gesenkt werden [17]. Bei den ungesättigten Fettsäuren gilt es auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen omega 6 und omega 3 Fettsäuren, insbesondere dem Verhältnis von Arachidonsäure (ARA) und Eicosapentaensäure (EPA) zu achten. Häufig müssen bei Mangelzuständen α-Linolensäure EPA und DHA substituiert werden. Zu viele tierische Fette und ein Überschuss an Linolsäure wirken proinflammatorisch und damit Schmerzverstärkend.

d) Weitere bewährte systemische Ansätze nicht-medikamentöser Schmerztherapie

Die Vielfalt an wirksamen Verfahren nicht-medikamentöser Art sollte den Patienten mit chronischen Schmerzen regelmäßig zukommen. Diese nutzen das Wissen über die Reflexzonen aus, wie manuelle Therapie, Chiropraktik, Myoreflex-Techniken und Neuraltherapie. Oder Somatotropien und komplexe innere Verbindungen sind die Basis der Osteopathie, craniosakralen Therapie, Fußreflexzonenmassage und der Dorn-Breuss-Technik. Auf Basis der Meridianlehre der TCM haben natürlich Akupunktur, Akupressur und Akupunktmassagen wie auch Shiatsu einen inzwischen festen Platz in der ganzheitlichen Schmerztherapie erlangt. Schließlich nutzen wir gerne auch das passiv erzeugte Fieber in Form der Ganzkörperhyperthermie bei systemischen Schmerzen als Therapieinstrument [18–20].

e) Systemische Behandlung mit Procain und ProcCluster®

Procain wirkt entzündungshemmend, schmerzstillend, fördert die periphere Durchblutung und den Lymphfluss, Reduziert proinflammatorische Zytokine

und ist sympathikolytisch. Die Anwendung als Kurzinfusion und nach Respons des Patienten auch mittels oraler Gaben von 50 – 100 mg des Procainsalzes Proc-Cluster® gehört für uns zum Standard in der Behandlung von chronischen Schmerzen und Entzündungen. Für weitergehende Informationen verweisen wir auf die umfangreiche Literatur [21–23].

f) Wirksame Schmerztherapie mit naturheilkundlichen Arzneimitteln

Ehe man auf Nebenwirkungsbehaftete NSAR und Opioide zurückgreift, sollten die Möglichkeiten der naturheilkundlichen Schmerzmittel genutzt und im Interesse des Patienten eingesetzt werden. Hierfür steht uns eine umfangreiche Palette phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Mittel zur Verfügung [10]. Die Tab. 1 und 2 geben dies beispielhaft wider.

g) Abrundung durch psychoemotionale Harmonisierung

Schmerz ist letztlich eine unangenehme emotionale Erfahrung, ein Gefühl, eine Empfindung. Schmerz als solches lässt sich schwer objektivieren, lässt sich nicht im Blut messen: man muss dem Patienten glauben. Gemäß Neurowissenschaft spielen die Region des Thalamus, Hippokampus und das limbische System eine wesentliche neuromodulative Rolle. Die Psyche und deren Stabilität gelten als Hauptkomponenten, die es beim chronischen Schmerzpatient zu beeinflussen gilt [24–26]. Das zentrale rezeptive Feld ist bei einigen Schmerzpatienten die vordergründige Stör- und Triggerzone. Es erfordert einen empathischen Therapeuten, der für diese Zusammenhänge Verständnis aufbringt. Erfolgreiche Schmerzpsychologen setzen hier mit Konsequenz an. Letztlich besteht bei allen therapeutischen Interventionen, insbesondere wenn man „Hand anlegt“ (= Be-Handlung), positiven Einfluss zu nehmen. So verbinden wir bei der Neuraltherapie die Injektion immer mit einer für die jeweilige Region adäquate Heilaffirmation. Dabei ist es übrigens kein Fehler, die Hände therapeutisch aufzulegen, wie auch die Fachliteratur beschreibt [27]. Dazu sei ein abschließendes Beispiel zur Illustration gegeben: Nach der Neuraltherapie des schmerzhafte Hinterkopfes, der HWS- und Trapeziusregion werden unter Handauflegen vom Patienten gesprochen: «Ihre positiven Gedanken unterstützen diese Injektion, welche die Durchblutung und den Lymphfluss in dieser Region befördert, die Sauerstoffversorgung verbessert und dafür sorgt, dass sich Alles, was im Nacken sitzt, abtransportiert und diesen befreit. Der schwere Rucksack, voller Altlasten, Sorgen und Probleme wird entleert, wird ganz leicht und führt zu vollkommener Schmerzfreiheit.

Pflanzlicher Stoff	Mittlere Dosierung	Beispiele für Handelsnamen
Teufelskralle	2–4 x 800 mg	Ajuta®, Allya®, Arthrosetten®, Arthrotabs®, Cefatec®, Doloarthodyn®at, Dolo-Arthrosetten®, Doloteffin®, Flexi-Logos®, Hapagoforte®, Hapagophytum®, Herbadon®, Jucurba®, Mata®, Rheuferm®, Rheuma-Serm®, Rivoltan®, Sogoon®, Teltonal®
Brennessel	2 x 600 mg	Arthrodynat®, Hox alpha®, Rheuma-Hek®, Urtika Hervert®
Weidenrinde	2 x 400–480 mg	Assalix®, Assplant®, Lintia®, Rheumatab®, Rheumakaps®, Salix®
Guajakbaum	3 x 0,2–0,4 g	Cefadolor®
Pestwurz	3 x 50 mg	Petadolex®
Zitterpappel, Goldrute, Eschenrinde	3–4 x 30–50 Tr.	Phytodolor®

Tab. 1 Phytoanalgetika

Schmerzproblem	Homöopathische Einzelmittel	Homöopathische Komplexmittel
Migräne und Kopfschmerz	Belladonna, Gelsemium, Cyclamen, Natrium muriaticum, Sanguinaria	Gelsemium Spl., Gelsemium Pplx., Gelsemium Opl., Gelsemium Ptk., Cyclamen Oplx., Cyclamen Ptk., Pascodolor®, Antimigren®
HWS Syndrom	Causticum, Cimicifuga, Paris quadrifolia, Sanguinaria	Cimicifuga Spl., Cimicifuga Oplx., Cimicifuga Ptk., Delta cyl.
Ischialgie	Colocynthis, Bryonia, Ledum, Ruta, Rhus toxicodendron, Kalium carbonicum, Lycopodium	Bryorheum, Bryonia Spl., Bryonia Pplx., Bryonia Oplx., Bryonia Ptk., Disco cyl, Rhus toxic. Spl., Rhus toxic. Pplx., Rhus toxic. Oplx., Rhus toxic. Ptk., Gnaphalium Inj. pas, Gnaphalium Ptk., Neuro cyl
Arthroseschmerz	Rhus toxicodendron, Ledum, Urtica urens, Bryonia, Kalium carbonicum, Causticum	Rhus toxic. Spl. Rhus toxic. Pplx., Rhus toxic. Oplx., Rhus toxic. Ptk., Coxa cyl, Ledum Spl., Ledum Pplx., Ledum Oplx., Genu cyl., Urtica Oplx., Chirofossat®, Arthriselect®
Rückenschmerz, Spondylose	Rhus toxicodendron, Natrium muriaticum	Spondylose Inj.pas, Disco cyl
Neuralgien	Spigelia, Lachesis, Cedron, Phosphorus, Iris versicolor	Spigelia Spl., Spigelia Pplx., Spigelia Opl., Spigelia Ptk., Iris Spl.

Tab. 2 Wichtige Schmerzprobleme und bewährte homöopathische Hauptmittel (Spl.®)

- Similaplex Fa. Pascoe, Opl. ® -Oligoplex Fa. Madaus, Pplx. ® - Plantaplex Fa. Steigerwald, Ptk. ® - Pentarkan Fa. DHU, cyl® - Ho Len Komplex Fa. Liebermann)

Dr. med. Ralf Oettmeier
Dorfplatz 5
9056 Gais/AR | Schweiz
dr.oettmeier@alpstein-clinic.ch
www.alpstein-clinic.ch

Literatur

- [1] Diener et al. *PhZ online* 37/2013
- [2] Nolte et al: *STK Zeitschrift* 4/2012
- [3] Institut Sozial- und Präventivmedizin Bern: Analyse des chronischen Gebrauchs von Naproxen, Ibuprofen, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Rofecoxib und Lumiracoxib bei 120.000 Patienten (2013)
- [4] Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh AG. *Gastrointestinal Toxicity of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, The New England Journal of Medicine* 1999;340:24:1888–99
- [5] Bonica JJ. *The need of a taxonomy. International Association for the Study of Pain: Pain Definition.* *Pain* 1979;6(3):247–8.
- [6] T JCoderre 1, J Katz, A L Vaccarino, R Melzack: Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical and experimental evidence. *Pain* (1993) Mar;52(3):259–85. doi: 10.1016/0304–3959(93)90161-h.
- [7] K Okuse : *Pain signalling pathways: from cytokines to ion channels.* *Int J Biochem Cell Biol* (1997);39(3):490–6. doi: 10.1016/j.biocel.2006.11.016.
- [8] S C Azad 1, W Ziegglänsberger: *What do we know about the state of chronic pain?* *Schmerz* (2003) Dec;17(6):441–4. doi: 10.1007/s00482–003–0257–3.
- [9] W Ziegglänsberger 1, A Berthele, T R Tölle: *Understanding neuropathic pain.* *CNS Spectr* (2005) Apr;10(4):298–308. doi: 10.1017/s1092852900022628.
- [10] F. van den Berg (Hrsg.), *Schmerztherapie in ärztlicher Hand.* S. 229–240. In: *Angewandte Physiologie, Teil 4*, Thieme Verlag Stuttgart 2003
- [11] Busch et al: „Der trigeminozervikale Komplex“, *Schmerz* 2004–18: 404–410
- [12] G Björklund 1, M Dadar 2, S Chirumbolo 3, J Aaseth : : *Fibromyalgia and nutrition: Therapeutic possibilities?* *Pharmacother* (2018) Jul;103:531–538.
- [13] PA Simkin PA.: *Oral zinc sulfate in rheumatoid arthritis.*, *Lancet* (1976);2: 539–542
- [14] A A Yousef et al. *A double-blinded randomised controlled study of the value of sequential intravenous and oral magnesium therapy in patients with chronic low back pain with a neuropathic component.* *Anaesthesia* 2013;68:260–269
- [15] J A Singh et al. *Chondroitin and Glucosamine for osteoarthritis.* *Cochrane Database of systemic reviews.* 2015;1. Art. No.CD005614
- [16] T Edwards: *Inflammation, pain, and chronic disease: an integrative approach to treatment and prevention.* *Ther Health Med Nov-Dec* (2005) ;11(6):20–7; quiz 28, 75.
- [17] R M Cseuz et al. *Alkaline mineral supplementation decreases pain in rheumatoid arthritis patients.* *The Open Nutritional Journal.* 2008;2:100–105
- [18] I Stegemann, J Hinzmann , I Haase, T Witte: *Ganzkörperhyperthermie mit wassergefilter-ter Infrarot-A-Strahlung bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis.* *OUP* 2013; 10: 458–463. DOI 10.3238/oup.2013.0458–0463
- [19] H. Wehner: *Hyperthermie bei Fibromyalgie und Weichteilrheuma.* *Erfahrungsheilkunde* 2019; 68(03): 154–157, DOI: 10.1055/a-0898–2288
- [20] T Brockow, A Wagner, A Franke, M Offenbächer, KL Resch. *Wirksamkeit einer seriellen Ganzkörperhyperthermie mittels wlRA als Zusatz zu einer Standard Rehabilitation bei Behandlung der Fibromyalgie.* *The Clinical Journal of Pain* 2007;1:67–75
- [21] U Reuter, R. Oettmeier, H Naziküll,: *Procaine and Procaine-Base-Infusion: A Review of the Safety and Fields of Application after Twenty Years of Use.* *Clin Res Open Access* 4(1): doi <http://dx.doi.org/10.16966/2469–6714.127>
- [22] R Oettmeier, U Reuter: *The Procaine-Base-Infusion: A Review after Twenty Years of Use.* *Med Clin Res & Rev*, 2017, Volume 1 | Issue 3 | p. 1 - 8
- [23] R Oettmeier, U Reuter and L B Pinilla Bonilla: *The Procaine-Base-Infusion: 20 Years of Experience of an Alternative Use with Several Therapeutical Effects.* *J Altern Complement Integr Med* 2019, 5: 061 DOI: 10.24966/ACIM-7562/100061
- [24] B Giovanni: *Pain and psycho-affective disorders.* *Neurosurgery* 2008 Jun;62(6 Suppl 3):901–19; discussion 919–20. doi: 10.1227/01.neu.0000333760.53748.9e.
- [25] T Esch, G Stephano: *A bio-psycho-socio-molecular approach to pain and stress man-agement.* *Forsch Komplementmed* 2007 Aug;14(4):224–34. doi: 10.1159/000105671.Epub 2007 Aug 9.
- [26] P Vercellini et al.: *Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach.* *Gynecol Endocrinol* 2009 Mar;25(3):149–58. doi: 10.1080/09513590802549858
- [27] SM Wright: *The use of therapeutic touch in the management of pain.* *Nurse Clin North Am.* 1987 Sep;22(3):705–14.