

oben gezogen werden. Nach der dritten Behandlung am sechsten Tag besteht nur noch eine leichte Dysästhesie im Wangenbereich, zwei Wochen später kann bei symmetrischer Innervation der mimischen Muskulatur und nach insgesamt 5 Behandlungen abgeschlossen werden.

Bei diesem Patienten konnte über die Neuraltherapie trotz bereits etablierter, die Regulation blockierender Steroidgabe die akute Lähmung innerhalb von zwei Wochen geheilt werden, auch wenn die erste Sitzung mit Verzögerung, d. h. neun Tage nach Auftreten stattfinden konnte.

Zunächst befremdend ist nun die Tatsache, dass derselbe Patient Anfang Januar 1999 in der Praxis erscheint, weil er mit dem rechten Auge nur noch verschwommen sieht, wobei zwei Augenärzte keine Diagnose stellen konnten, und gleichzeitig im rechten Oberkiefer im Rahmen einer Rhinitis Druckschmerzen empfindet. Die Behandlung erfolgt über die Umflutung des rechten Ganglion ciliare und des rechten Ganglion pterygopalatinum. Tags darauf erscheint Herr P. H. mit einer rechtsseitigen Fazialisparese mit Lähmung des Stirnastes und des Mundastes sowie fehlendem Lidschluss. Zwei Behandlungen im Segment sind unergiebig, der Patient beklagt eine Zunahme seiner Beschwerden. Bei der dritten Sitzung teste ich kinesiologisch verschiedene Störfeldmöglichkeiten und gelange auf der Suche an die Appendix (der Patient ist nicht appendektomiert und hat keine diesbezügliche Anamnese). Die Injektion an die Appendix vom McBurney ausgehend bringt die Wende: Das Störfeld kann über die Injektion beseitigt werden, worauf sich innerhalb von 24 Stunden die Parese fast vollständig zurückbildet. Drei Wochen nach Auftreten besteht eine höchstens minimale Differenz beim Lidschluss.

Es handelte sich in dieser Situation demnach um ein Reaktionsphänomen nach Hopfer, d. h. über die lokal-segmentale Therapie ist zunächst eine Verschlimmerung aufgetreten. In diesem Fall muss angenommen werden, dass die Symptomatik störfeldinduziert ist, was sich über die Behandlung der Appendix verifizieren liess.

Derselbe Patient, zweimal dieselbe Lähmung, zwei verschiedene Ursachen!

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hans C. Peyer, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Sonnmattstrasse 23A,
CH-3506 Grosshöchstetten

Neuraltherapie nach Huneke und Migräne

Von H. Huneke

Zusammenfassung

Die Neuraltherapie nach Huneke besteht aus der Segmenttherapie und der Störfeldbehandlung. Während die Segmenttherapie – auch Heilanästhesie und therapeutische Lokalanästhesie genannt – bereits wissenschaftlich allgemein anerkannt ist, wird die Störfeldbehandlung nach wie vor kontrovers diskutiert. Die hier vorgestellte Studie belegt die Existenz und die Bedeutung des Störfeldgeschehen am Beispiel von Migräne-Patienten. Durch die neuraltherapeutische Behandlung – insbesondere durch die Berücksichtigung der Störfelder – konnte bei 53 % der 91 Patienten Beschwerdefreiheit erzielt werden.

Einführung

Die Neuraltherapie nach Huneke besteht aus Segmenttherapie und Störfeldbehandlung. Die Segmenttherapie, auch Heilanästhesie oder therapeutische Lokalanästhesie (TLA) genannt, ist wissenschaftlich anerkannt und nicht Inhalt der vorliegenden Studie.

Störfeld: (Wörterbuch der Neuraltherapie, H. Huneke, Haug Verlag, Heidelberg 1980, S. 250/51)

Jede Stelle unseres Körpers kann durch einen abgelaufenen oder noch aktiven örtlichen Reizprozess entzündlicher, chemischer, physikalischer oder traumatischer Art zum Störfeld werden und dadurch Störungen hervorrufen. Besonders häufige Störfelder sind Tonsillen und Tonsillektomienarben, krankhaft veränderte Zähne wie devitale, beherdete und verlagerte Zähne, Zysten, Wurzelreste und Fremdkörper. Auch chronische Nasennebenhöhlenprozesse, Narben jeglicher Genese, alte Knochenbrüche und die inneren Organe können Störfeldcharakter annehmen, wie z. B. Leber, Gallenblase, Magen-Darm, Lunge, Herz, Uterus, Adnexae und Prostata.

Nach Ausschalten eines Störfeldes mit einem Lokalanästhetikum kommt es zu messbaren Veränderungen im Blutserum, die mit der Serum-Jodometrie erfassbar sind, und außerdem zu Potentialverschiebungen.

Ein Störfeld wird mit neuraltherapeutischen Maßnahmen ausgeschaltet, d. h. Injektionen mit einem Lokalanästhetikum. In diesem Falle verschwinden Beschwerden an einem anderen Ort als dem Injektionsort. Dieser Effekt muss mindestens 20 Stunden vorhalten, beim Testen der Zähne 8 Stunden. Der Erfolg muss reproduzierbar sein, wobei die beschwerdefreien Intervalle sich jeweils vergrößern und schließlich zur Ausheilung des Krankheitsbildes führen müssen, soweit das anatomisch noch möglich ist.

Die gezielte Injektion an das Störfeld schaltet den Störsender aus, der das Krankheitsbild unterhält. Dieses Ausschalten erfolgt auf elektrischem Wege, daher auch in derselben Sekunde (Sekundenphänomen, Huneke-Phänomen). Selten vergeht eine gewisse Zeit, bis das hormonelle und zelluläre System normalisiert wird und vom Patienten die Umstellung nach zeitlichem Intervall von Stunden oder Tagen bewusst wird. Die Beschwerden müssen nach jeder Injektion in ein Störfeld vollständig verschwinden. Wenn sie wieder auftreten, muss die Injektion an gleicher Stelle wiederholt werden.

Nationale und internationale Studien zum Thema „Störfeld“ wurden bereits bei verschiedenen Krankheiten durchgeführt, es handelte sich hierbei jedoch nicht um multizentrische Studien und in der Regel um relativ kleine Fall-sammlungen. Daher stellt die vorliegende Studie in ihrer Form eine Neuheit mit größerer Beweiskraft dar.

Material und Methode

In der Zeit von November 1995 bis November 1997 wurde eine multizentrische Studie durchgeführt, um den Einfluss von sogenannten Störfeldern bei Migräneerkrankungen nachzuweisen.

Hierzu wurde ein Dokumentations- und Arbeitsbogen entwickelt, der wissenschaftlichen Ansprüchen entspricht, und an die in beiden Gesellschaften neuraltherapeutisch tätigen Kollegen verschickt mit der Zielsetzung, nur Fälle von störfeldbedingter Migräne zu dokumentieren und zur Auswertung und Veröffentlichung an den Studienleiter zurückzusenden. Von den angeschriebenen Neuraltherapeuten haben sich 27 Kollegen, ausschließlich Ärzte, an der Studie beteiligt und insgesamt 100 störfeldbedingte Migräneerkrankungen dokumentiert.

Hiervon konnten 91 zur Auswertung herangezogen werden. Der Rest wies Mängel auf. Es wurden z. B. zwei unterschiedliche Migräneformen angekreuzt oder kein Störfeld genannt. In einem Fall fand sogar überhaupt keine neuraltherapeutische Behandlung statt.

In einigen Auswertungsbögen wurden einzelne Fragen nicht beantwortet, der Bogen insgesamt aber trotzdem zur Auswertung herangezogen, so dass bei der Frage nach vorher erfolglosen Therapieversuchen, bei der Angabe des Migränetyps und der Störfeldlokalisierung alle 91 Fälle berücksichtigt werden konnten.

Bei der Altersangabe, unter der Rubrik Behandlungsergebnis und bei der Geschlechtsangabe kamen jeweils nur 90 Fälle zur Auswertung.

Bei der Familienanamnese und der Gewichtsangabe konnten nur 86 Fälle zur Auswertung herangezogen werden.

Ergebnisse

Bei der Auswertung der Arbeitsbögen kam es zu folgenden Ergebnissen:

Geschlecht: 85,6 % waren weibliche und 14,4 % männliche Probanden. Die einschlägige Literatur beziffert das Verhältnis mit ca. 4:1 (Abb. 1).

Alter: Bei der Alterspyramide lag das Maximum in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren und fiel homogen jeweils nach rechts und links ab (Abb. 2).

Patientengewicht: 72 der Patientinnen und Patienten wiesen Normalgewicht, 5 Untergewicht und 9 Übergewicht auf. Über- bzw. Untergewicht scheint daher keine Rolle bei Migräne zu spielen.

Migränetyp: Der überwiegende Teil (63) der behandelten Patienten litt unter Migräne ohne Aura. Es folgten mit 26 Nennungen die Migräne mit typischer Aura sowie die Basilarismigräne in zwei Fällen. Andere Migränetypen waren von der Migränestudie ausgeschlossen (Abb. 3).

Familiarität: Bei 46,5 % der Migränefälle konnte eine Familiarität, bei 53,5 % keine Erkrankung in der Verwandtschaft registriert werden. Außerdem konnte ein Einfluss der Familiarität auf den Behandlungserfolg ausgeschlossen werden, da sich die mit völliger Beschwerdefreiheit erfolgreich therapierten Fälle auf beide Gruppen gleichmäßig verteilen.

Störfelddiagnostik: Die am häufigsten eingesetzten Methoden zur Auffindung der Störfelder im Sinne der Neuraltherapie nach Huneke waren die eingehende Anamnese und die Narbentestung. Es folgten die Wirbelsäulendiagnostik unter Einbeziehung der **Adler-Langer**-Druckpunkte sowie die Verwendung der sogenannten Alarmpunkte, aus der Akupunktur bekannt, und die Kinesiologie. Der apparativen Diagnostik wie Thermographie und EAV etc. wurde keine große Bedeutung zugemessen.

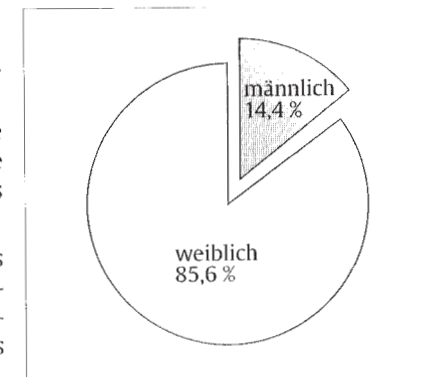


Abb. 1: Geschlecht des Patienten

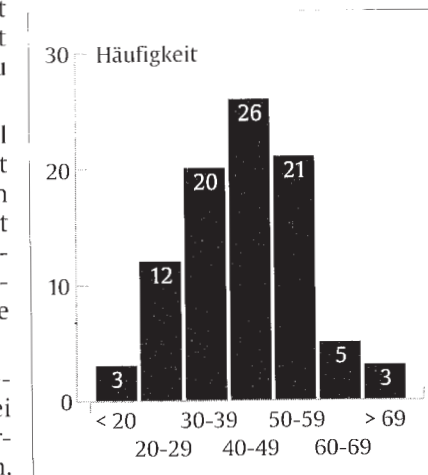


Abb. 2: Alter des Patienten

94,5 % der Patienten waren bereits erfolglos mit den verschiedensten Therapien meist über viele Jahre vorbehandelt worden, bevor sie in die neuraltherapeutische Störfeldstudie aufgenommen wurden. Vorbehandelt war meistens medikamentös (Schmerzmittel), mit Akupunktur oder mit Physiotherapie.

Das am häufigsten eingesetzte Neuraltherapeutikum war in 62 von 90 Fällen Procain.

Bei 48 der Probanden (53,3 %) konnte Beschwerdefreiheit erzielt werden. Die Patienten hatten nach dieser Definition keinen Migräneanfall mehr in einem Zeitraum von mehr als 6 Monaten nach der Behandlung (Abb. 4).

Im einzelnen waren dies 35 Fälle von Migräne ohne Aura und 13 Fälle von Migräne mit typischer Aura. Kein Fall von Basilarismigräne.

Bei 25 Patienten (27,8 %) konnte eine weitgehende Besserung erzielt werden mit einer migräneanfallsfreien Zeit von 3 bis 6 Monaten nach Therapie.

Bei 17 Patienten (18,9 %) konnte nur eine geringe Besserung erzielt werden, da weitere Migräneanfälle auftraten, aber die Anfallshäufigkeit und die Intensität sowie der Medikamentenverbrauch konnte gesenkt werden (6-mal Migräne mit typischer Aura, 11-mal Migräne ohne Aura).

Störfeldlokalisationen

Die häufigsten Störfelder lagen mit 20 Nennungen im Einflussbereich des Plexus uterovaginalis und 19 im Stirn- und Nebenhöhlengebiet (Abb. 5). 16-mal waren Narbentestungen erfolgreich. 6-mal wurden Zahnkiefer, 5-mal die Wirbelsäule, 4-mal die Schilddrüse und 4-mal der abdominelle Grenzstrang (frühere Leber- und Gallenerkrankungen) als Lokalisation genannt. Die Tonsillen bzw. Tonsillektomienarben mit 3 Nennungen sowie die Prostata und die Ohren

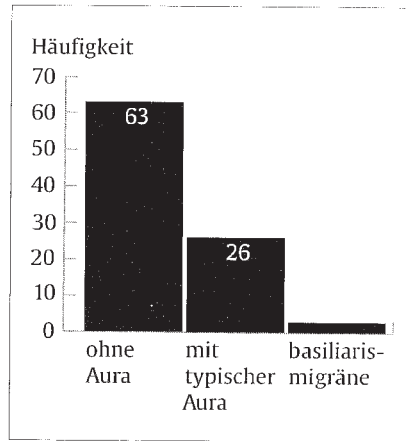


Abb. 3: Migränentyp

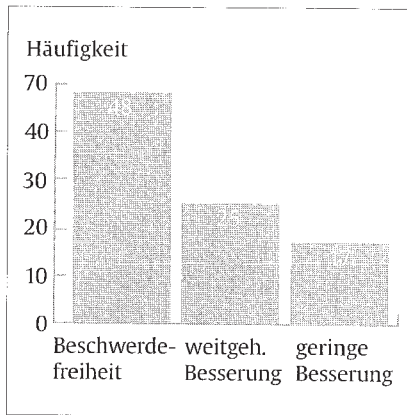


Abb. 4: Behandlungsergebnis

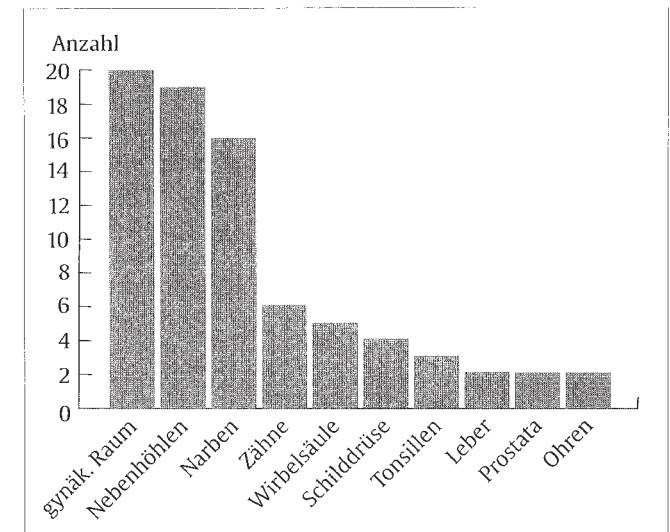


Abb. 5: Die häufigsten Störfeldlokalisationen

je 2-mal runden das Bild ab. Die restlichen Fälle waren Mehrfachnennungen, in denen überwiegend wieder der gynäkologische Raum (Plexus uterovaginalis), die Stirn- und Nebenhöhlen sowie Narben genannt wurden.

Als Narbenstörfelder wurden genannt: Thorax-, Amputations-, Appendektomie-, Cholezystektomienarben, Pfannenstiel-Operationsnarben, Herniotomie-, Kaiserschnitt- und Tonsillektomienarben.

Interessant ist sicherlich, dass die alleinige Behandlung der gynäkologischen Störfelder (Plexus uterovaginalis) in 70 % zur vollständigen Ausschaltung der Migräne mit entsprechender Beschwerdefreiheit für mehr als 6 Monate führte, dies jedoch nur bei 42 % der Stirn- und Nebenhöhlenstörfelder glückte und sogar nur bei 37,5 % der Narbenstörfelder (Abb. 6).

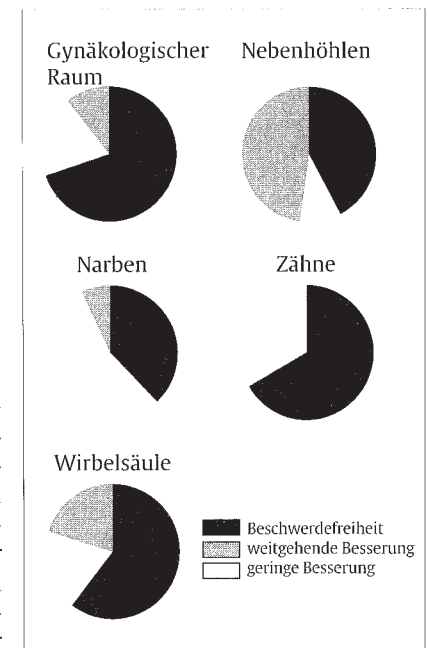


Abb. 6: Behandlungsergebnisse bei Störfeldern

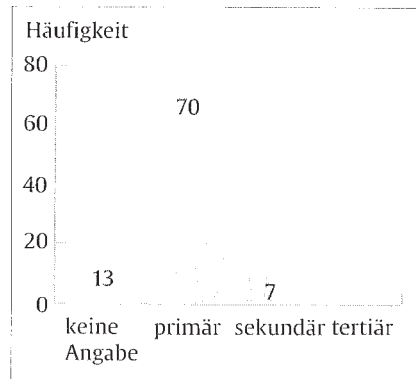


Abb. 7: Art des Störfeldes

Der Grund dafür ist möglicherweise darin zu sehen, dass in den Fällen von nicht vollständiger Beschwerdefreiheit nur ein Teil der ursächlichen Störfeldaktivität ausgeschaltet werden konnte und noch weitere Störfelder vorlagen, die therapeutisch aber nicht erfasst wurden. Neuraltherapeutische Erfahrungen zeigen nämlich, dass sowohl ein einziges Störfeld mehrere Erkrankungen unterhalten kann, als auch mehrere Störfelder kooperierend auch auf ein einziges Krankheitsbild einwirken können. Wir sprechen in solchen Fällen von primären, sekundären und tertiären

Störfeldern (Abb. 7), die alle therapeutisch erfasst sein müssen, um zu einer Ausheilung zu kommen.

In solchen Fällen von Teilerfolgen sollte daher von evtl. noch verdeckt gebliebenen Störfeldern ausgegangen werden und eine entsprechende Suche intensiviert werden.

Für die neuraltherapeutische Störfeldbehandlung der Migräne würde dies bedeuten, dass im Falle eines therapeutischen Teilerfolgs, der insbesondere bei Störfeldlokalisationen an Narben, Stirn- und Nebenhöhlen vorkommen kann, immer an weitere Störfelder gedacht werden muss und nur bei vollständiger Beschwerdefreiheit die Therapie eingestellt werden sollte.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass die Neuraltherapie, hier insbesondere die Störfeldbehandlung, zumindest bei einem Teil der Migräneerkrankungen eine erfolgreiche Behandlungsmethode darstellt, die der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden muss, als dies bisher der Fall ist und dem betroffenen Patienten häufiger als Therapeutikum abgeboten werden sollte, als dies bisher praktiziert wird.

Danksagung

Die multizentrische Studie über den Einfluss von Störfeldern bei Migräne wurde durchgeführt von der Internationalen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke, Regulationstherapie e. V. mit Sitz in Freudstadt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie e. V. in Ludwigsfelde. Mein besonderer Dank gilt allen Kollegen, die an der Studie teilgenommen haben.

Nationale und internationale Studien zum Thema Störfeld

72 % Heilungen rheumatischer Arthritiden durch tonsilläre Impletolinjektionen an der HNO-Klinik der Kumamoto Universität in Japan. Nozaka Y., Tsurumara T., Saikai Iho Nr. 123, 1958; Nippon Jji Shimpō 7-10, Nr. 14, 1961

14 Fälle stationär exazerbierter Lungen-TBC nach Angina tonsillaris bzw. Zahnerkrankung, die durch Novocaininjektionen an o. a. Störfelder zur beschleunigten Regression gebracht werden konnten. Bergsmann, O., Damböck, E., Beitrag Klein Tbk 121, S. 381-392, 1958, Österreich

32 Fälle von Dumping-Syndrom nach Magenresektion, die durch neuraltherapeutische Magen-OP-Narbenunterspritzung gebessert wurden. Janschulte, B., Ärztl. Praxis 14, S. 6-7, 1962

Neuraltherapeutische Erfahrungen mit Impletol nach lungenchirurgischen Eingriffen

Erfolgreiche Narbenschmerzbehandlung und das gleichzeitige Auftreten von Sekundenphänomenen im Gallenblasen- und Schulterbereich. Zettel, G., Ther. Ber. 29, 92, 1957

Erfolgreiche Arthritisbehandlungen durch Infusionen mit 0,1 % Procainhydrochloridlösung (4000 Infusionen ohne Nebenwirkung). Graubart, D. J., Peterson, M. C., Amer. Med. Ass. 741, 756, 1949 USA

Nationale Studien zum Thema Neuraltherapie

Dissertation an der Universität Düsseldorf von Saur, R. R. (Lehrstuhl Prof. Dr. P. Helmich). Neuraltherapie in der ärztlichen Praxis, 1988

Der Huneke-Test in der stomatologischen Praxis. Möller, W., Stomatol. DDR 39, Heft 2, 1989

Klinische Studie über den Wirksamkeitsnachweis der Neuraltherapie nach Huneke an der Endoklinik-Hamburg. Barop, H., Erfahrungsheilk. Heft 3, 1991

Das Sinubronchiale Syndrom bei Kindern aus der Sicht der Neuraltherapie. Becke, H., Ärztezeitschrift f. Naturheilverf. 32, Heft 8, 1991

Chronische Polyarthritis und Neuraltherapie. Huneke, H., Ärztezeitschrift f. Naturheilverf. 33, Heft 5, 1992, S. 415-419

Neuraltherapie bei Kreuzschmerz und Migräne (Habilitation). Becke, H., Hippokrates Verlag, Stuttgart 1991

Störfeld und Herd im Trigeminusbereich. Adler, E. 4. Aufl. Verlag f. Medizin Dr. E. Fischer, Heidelberg 1990

Weiterführende Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hagen Huneke, Lameystraße 30, 68165 Mannheim