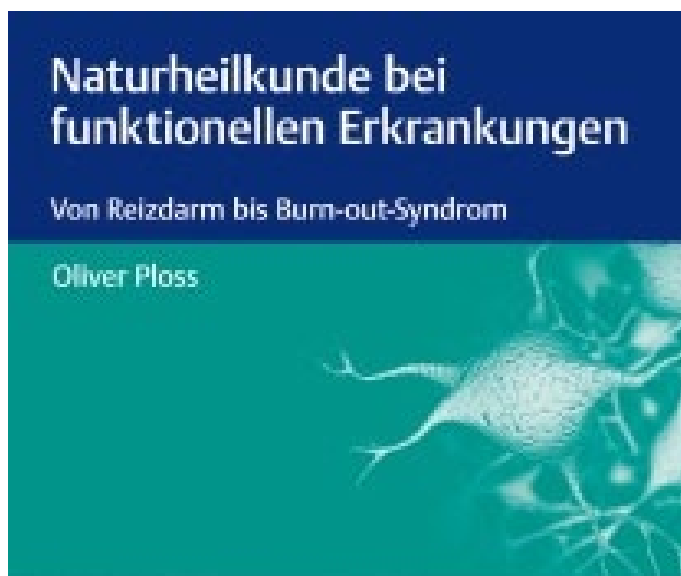




Oliver Ploss

Naturheilkunde bei funktionellen Erkrankungen



zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>

Vorwort

Dieses Buch richtet sich an alle, die Interesse an der ganzheitlichen Behandlung und Beratung von Patienten mit funktionellen vegetativen Erkrankungen haben. Diese Erkrankungen treten in unserer modernen, stressigen Zeit immer häufiger in der Praxis auf. Da sie über das vegetative Nervensystem ausgelöst, unterhalten bzw. forciert werden, kann die Schulmedizin hier nicht immer weiterhelfen. Dies und die Tatsache, dass diese Erkrankungsbilder an sich bei den Betroffenen sehr oft einen immensen Leidensdruck mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität erzeugen, führt dazu, dass die Patienten oft aus Verzweiflung und manchmal auch aus Enttäuschung über den mangelnden Erfolg der schulmedizinischen Behandlung nach therapeutischen Alternativen suchen. Ich möchte deshalb mit diesem Buch nicht nur physiologische Zusam-

menhänge aufweisen, die zur Entstehung dieser Erkrankungen führen, sondern vor allem mögliche ganzheitliche Therapievorschläge vorstellen, die sich sowohl ergänzend zur schulmedizinischen Therapie als auch häufig als alleinige Therapieform gut bewährt haben.

Mein Dank gilt allen, die mir bei der Erstellung des Buches geholfen haben. Ganz besonders möchte ich an dieser Stelle meiner Familie danken, ohne deren Unterstützung und zeitlichen Verzicht, das vorliegende Buch sicherlich nicht zustande gekommen wäre.

Nun wünsche ich allen Lesern und Patienten, dass sie hier Anregungen finden, vor allem aber, dass sie gute Erfolge bei der Behandlung funktioneller Erkrankungsbilder erzielen.

Ibbenbüren, im Mai 2012

Dr. rer. nat. Oliver Ploss

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
1 Die Rolle des Nervensystems bei funktionellen Erkrankungen	1
1.1 Aufbau des Nervensystems	1
1.2 Neurotransmitter	2
1.2.1 Die wichtigsten Neurotransmitter bei funktionellen Erkrankungen	4
2 Stress und seine Folgen	7
2.1 Formen von Stress und Stressphasen	8
2.2 Stress-Typen	8
2.3 Psychophysiologie von Stress	9
2.3.1 Das limbische System	9
2.3.2 Vegetatives Nervensystem (Aktivierung von Sympathikus und Parasympathikus) ..	10
2.4 Auswirkungen von Stress auf den Organismus	12
2.4.1 Bindegewebe	12
2.4.2 Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse	13
2.4.3 Nitrostress (nitrosativer Stress)	13
2.4.4 Zusammenhang Entzündungen und Stress	15
2.4.5 Krebserkrankungen	16
3 Funktionelle Erkrankungen	18
3.1 Beispiele für häufig auftretende funktionelle Erkrankungsbilder	19
3.1.1 Psychogene Kopfschmerzen	19
3.1.2 Psychogene Muskel- bzw. Rückenschmerzen (psychosomatische Zervikalgie) ...	19
3.1.3 Psychogene Herzbeschwerden (Herzneurose)	20
3.1.4 Psychogene Magen-Darm-Beschwerden (Reizmagen/Reizdarm)	20
3.1.5 Psychogene Reizblase (neurogene Blase)	20
3.1.6 Psychogenes Asthma	20
3.1.7 Psychogene Leber-Galle-Beschwerden	20
4 Reizdarmsyndrom	21
4.1 Ursachen	22
4.1.1 Stress	23
4.1.2 Störungen der Darmflora	23
4.1.3 Immunsystem	25
4.1.4 Mikroentzündungen	26
4.2 Symptome	26
4.3 Diagnostische Kriterien und Differenzialdiagnose	26
4.3.1 Diagnostische Kriterien	26
4.3.2 Differenzialdiagnosen	27
4.3.3 Laborwerte	28
4.4 Therapie	28
4.4.1 Probiotika	29

4.4.2	Bitterstoffdrogen	30
4.4.3	Schulmedizinische Therapie.....	30
4.4.4	Psychotherapie	32
4.4.5	Ganzheitliche Therapie.....	33
4.5	Ernährung	37
4.5.1	Ballaststoffe.....	37
4.5.2	Fasten.....	38
4.6	Weitere Tipps für den Reizdarmpatienten	43
4.6.1	Stressabbau.....	43
4.6.2	Hydrotherapie/Hydrothermotherapie.....	43
4.6.3	Sonstige Tipps	43
5	Reizmagen (funktionelle Dyspepsie)	44
5.1	Physiologie	44
5.2	Ursachen	46
5.3	Symptome	47
5.4	Diagnostik	48
5.4.1	Allgemeine diagnostische Maßnahmen	48
5.4.2	Kochsalz(NaCl)-Kreislauf und Urin-pH-Wert-Kurve nach Sander	48
5.4.3	Pathophysiognomik bei chronischem Reizmagen	51
5.5	Therapie	51
5.5.1	Allgemeine und schulmedizinische Therapiemaßnahmen	51
5.5.2	Ganzheitliche Therapie des chronischen Reizmagens	53
5.6	Selbsthilfe beim Reizmagen	54
6	Reizblase	56
6.1	Pathophysiologie und Ursachen	56
6.2	Sonderformen	57
6.2.1	Psychogene Harnverhaltung	57
6.2.2	Psychogene Harnflut (Polyurie).....	57
6.3	Differenzialdiagnose und diagnostische Maßnahmen	57
6.4	Therapie	58
6.4.1	Allgemeine Therapiemaßnahmen.....	58
6.4.2	Ganzheitliche Therapie der chronischen psychogenen Reizblase.....	59
7	Funktionelle (psychogene) Atemwegserkrankungen	60
7.1	Physiologie der Atmung	61
7.2	Funktionelle (psychogene) Hyperventilation	62
7.2.1	Physiologie und Ursachen	62
7.2.2	Symptome	63
7.2.3	Therapeutische Strategien	63
7.3	Chronischer psychogener Husten	64
7.4	(Psychogenes) Asthma bronchiale	64
7.4.1	Ursachen und Pathophysiologie	64
7.4.2	Symptome.....	66
7.4.3	Diagnostik und Differenzialdiagnose	67
7.4.4	Therapiemöglichkeiten des psychogenen Asthmas.....	67

8	Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden (Herzneurose)	70
8.1	Ursachen	70
8.2	Symptome und Diagnostik	71
8.2.1	Zusätzliche naturheilkundliche Diagnosemethoden	72
8.3	Therapie	72
8.3.1	Segmentale Therapien	72
8.3.2	Ganzheitliche Therapie funktioneller Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzneurose)	77
9	Burn-out-Syndrom	78
9.1	Ursachen	78
9.2	Symptome	79
9.3	Diagnostik	80
9.4	Prävention und Therapie	81
9.4.1	Orthomolekulare Therapie	81
9.4.2	Pflanzliche Adaptogene	81
9.4.3	Pflanzliche Stimulanzen	85
9.5	Tipps für den Patienten	86
Anhang	87
10	Weiterführende Adressen	88
11	Literaturverzeichnis	89
12	Abbildungsnachweis	91
13	Sachverzeichnis	92

5 Reizmagen (funktionelle Dyspepsie)

5.1	Physiologie	44
5.2	Ursachen	46
5.3	Symptome.....	47
5.4	Diagnostik.....	48
5.5	Therapie.....	51
5.6	Selbsthilfe beim Reizmagen.....	54

Als Reizmagen oder funktionelle Dyspepsie werden subjektive Beschwerden im mittleren Oberbauch ohne nachweisbare organische Ursache bezeichnet.

Zusammen mit dem Reizdarm gehört der Reizmagen in den westlichen Industrieländern zu den häufigsten funktionellen Störungen im Magen-Darm-Trakt. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit des Reizmagens und Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Die Symptome sind sehr heterogen und umfassen u.a. Beschwerden wie Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, vorzeitiges Sättigungsgefühl, Druck im Oberbauch. Sie können einzeln oder in Kombination auftreten.

Von einem Reizmagen wird laut **Definition** gesprochen, wenn die Beschwerden länger als 3 Monate anhalten bzw. immer wieder auftreten und wenn medizinische Untersuchungen eine körperliche Erkrankung als Ursache ausschließen.

Nicht selten tritt der Reizmagen in Verbindung mit einem Reizdarmsyndrom auf (► Kap. 4). Bei Frauen kann ne-

ben dem Reizmagen auch eine Reizblase (► Kap. 6) bestehen.

Das Risiko, dass sich aufgrund eines Reizmagens eine entzündliche oder bösartige Erkrankung des Magens entwickelt, ist nicht erhöht. Trotz des hohen Leidensdrucks der Betroffenen ist die Prognose des Reizmagens gut.

5.1

Physiologie

Der Magen liegt in der Regel im linken mittleren Oberbauch und ist ein sog. muskuläres Hohlorgan, d.h., er besteht außen aus Muskulatur, die für die Peristaltik verantwortlich ist, und innen aus Magenschleimhaut. Er hat ein Speichervermögen von 1,5 bis zu 2,5 Liter. Lage, Größe und Form sind individuell unterschiedlich.

Die **Magenschleimhaut** kleidet die Magenwand komplett von innen aus. Ihre wichtigste Funktion ist der Schutz der Magenwand vor chemischen (z.B. der im Magensaft enthaltenen Salzsäure)

oder mechanischen Schäden. In der Magenschleimhaut liegen verschiedene Drüsen, die – je nach Lokalisation – als Kardiadrüsen (am Mageneingang), Fundus- bzw. Korpusdrüsen (am Magenboden bzw. Magenkörper) und Pylorusdrüsen (am Magenausgang) bezeichnet werden.

In den Drüsen und in der Schleimhaut selbst sind zahlreiche Zellen verantwortlich für die Produktion unterschiedlicher Substanzen im Magen, die letztlich zum einen den Magensaft und zum anderen die schützende Schleimschicht im Mageninneren bilden:

- In den **Nebenzellen** entsteht schützender, alkalischer Schleim, der den pH-Wert im Mageninneren kontrolliert.
- Die **Hauptzellen** produzieren Pepsinogene, die Vorstufe von Pepsin (s. u.).
- Die **Belegzellen** bilden die Salzsäure, den Intrinsic-Faktor und Bikarbonat (s. u.). Durch die reichlich vorhandenen Wasserstoffionen hat die Salzsäure einen sehr niedrigen pH-Wert zwischen 1,0 und 1,5.
- Die **G-Zellen** bilden das Hormon bzw. den Botenstoff Gastrin, der u. a. die Muskulatur des Magens anregt und die Produktion von Salzsäure in den Belegzellen und von Pepsinogen in den Hauptzellen ankurbelt.
- Die **S-Zellen** des Zwölffingerdarms produzieren das Hormon Sekretin, das u. a. die Gastrinausschüttung wieder hemmt und die Produktion von Muzinen erhöht.

Gemeinsam mit dem Magenschleim hat **Bikarbonat** (HCO_3^-), das in den Belegzellen während der Sekretionsphase vermehrt gebildet wird, eine wichtige Schutzfunktion gegenüber dem aggressiven Magensaft. Das gebildete Bikarbonat wird in der dem Magenepithel auflie-

genden Schleimschicht festgehalten und erzeugt dadurch einen pH-Wert von ca. 7. Damit findet man den durch die Salzsäure bedingten niedrigen pH-Wert (s. o.) nicht schon an der Epitheloberfläche, sondern erst im Mageninneren. Darüber hinaus gelangt Bikarbonat in das Blut abgegeben (► **Kap. 5.4.2**) durch senkrecht in der Schleimhaut verlaufende Kapillarschlingen zur Epitheloberfläche. Die Durchblutung dieser Kapillaren wird wesentlich durch Prostaglandin E2 (PGE2) gesteuert, dem somit im Zusammenspiel mit Bikarbonat eine wichtige protektive Funktion für die Magenschleimhaut zukommt.

Zu den protektiven Mechanismen der sog. **Mukosabarriere** zählen neben der bikarbonathaltigen Muzinschicht die Unversehrtheit der Membranen aller Oberflächenzellen.

Diese wird gewährleistet durch:

- gute Schleimhautdurchblutung
- eine ungestörte PGE2-Wirkung (Steigerung der Durchblutung, der Schleim- und Bikarbonat-Sekretion)
- die Intaktheit der interzellulären Schlussleisten
- die Fähigkeit zur Epithelregeneration

Die **Magensaftsekretion** wird im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme neural und hormonal gesteuert. Pro Tag werden insgesamt 2–3 Liter Magensaft produziert. Im nüchternen Zustand sezerniert die Magenschleimhaut nur 10–15% des Sekretvolumens, das nach maximaler Stimulation – also bei Nahrungsaufnahme – gebildet wird. Die Nahrungsaufnahme ist der wichtigste Reiz für die Stimulation der Magensaftsekretion. Aber auch Emotionen können Einfluss auf die Magensaftsekretion haben. Wut, Schmerz, Angst und Trauer können sekretionshemmend, Aggressionen und Stress sekretionssteigernd wirken.

Die Magensaftproduktion wird unterteilt in eine kephale, eine gastrale und eine intestinale Phase.

- Die **kephale Phase** wird durch den Anblick, den Geruch und den Geschmack von Speisen ausgelöst, also noch bevor die Nahrung den Magen erreicht. Damit bereitet sich der Magen auf die Nahrungsaufnahme vor.
- Die **gastrale Phase** wird durch die Dehnung des Magens bei der Nahrungsaufnahme und durch chemische Reize bestimmter Nahrungsbestandteile ausgelöst. Der Dehnungsreiz führt dann reflektorisch zur Magensaftsekretion. Ihre Beeinflussung setzt bereits vor dem Essen ein und dauert nach der Beendigung der Mahlzeit noch an.
- Hat ein Teil der Nahrung den Dünndarm erreicht, beginnt die **intestinale Phase**. In dieser Phase kann die Magensaftsekretion vom Dünndarm sowohl fördernd als auch hemmend beeinflusst werden. Tritt saurer ($\text{pH} \leq 4$), stark fetthaltiger Nahrungsbrei in das Duodenum über, erfolgt dort eine Freisetzung von Sekretin, das die Salzsäure-Sekretion hemmt und damit eine weitere Säurebelastung verhindert.

Wesentliche **Bestandteile des Magensaftes** und deren Funktion:

- **Salzsäure** (HCl): Sorgt für die Denaturierung von Eiweißstoffen (Proteinen), bekämpft mit der Nahrung aufgenommene Krankheitserreger und wandelt die Pepsinogene um in Pepsin (s. u.).
- **Intrinsic-Factor**: Ein Eiweiß, das mit Vitamin B₁₂ eine Verbindung eingeht und so erst eine Verwertung des Vitamins im Körper ermöglicht. Ohne Intrinsic-Faktor würde das Vitamin durch die Darmbakterien zerstört

und Mangelzustände bis hin zur perniziösen Anämie würden auftreten.

- **Pepsinogene** und **Pepsine**: Aus den Pepsinogenen entstehen unter der Mitwirkung von Salzsäure die Pepsine, die bestimmte eiweißhaltige Strukturen aufbrechen (pflanzlicher und tierische Nahrungsmittel) und so erst ermöglichen, dass die darin enthaltenen Nährstoffe verwertet werden können.
- **Magenschleim** (Muzine): Er kleidet das gesamte Mageninnere aus und verhindert so, dass Salzsäure und Eiweiße die Magenwand angreifen.

5.2

Ursachen

Die Ursachen sind sehr vielfältig und von Mensch zu Mensch unterschiedlich – seelische Faktoren haben oft eine große Bedeutung. Oft liegt dem Reizmagen eine Kombination von Ursachen zugrunde. Zu den wichtigsten Ursachen werden gezählt:

- falsche Ernährung (z. B. zu viel Alkohol, Kaffee, Fett, Zucker, usw.) oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. Milchprodukte): Oft führt der Genuss von Alkohol, Koffein, Kohl- und Zwiebelgewächsen, Milchzucker, Fruchtzucker und Sorbit, aber auch von zu fetten oder zu stark zuckerhaltigen Speisen zu Bauchschmerzen und Blähungen.
- unregelmäßige oder späte Essenszeiten und zu wenig Bewegung
- Medikamente (z. B. Azetylsalicylsäure, Diclofenac)
- psychische Faktoren (v. a. Stress, aber auch starke Ängste, Depressionen): Stress, Ärger und Ängste beeinflussen die Verdauung und verändern die Wahrnehmung für Schmerzen.

- Magenschleimhautentzündung (Gastritis), evtl. durch das Bakterium *Helicobacter pylori*
- Refluxerkrankung (durch aufsteigenden Magensaft)
- erhöhte Empfindlichkeit des Magens gegenüber Magensäure und Gallenflüssigkeit
- Bewegungsstörungen (Peristaltikstörungen) des Magens bzw. Dünndarms: Durch die mangelnde Magenbeweglichkeit ist die Muskulatur der Magenwand nicht ausreichend aktiv, so dass die Nahrung zu lange im Magen verbleibt und zu Beschwerden führt. Aber auch eine zu rasche Magenentleerung kann vorliegen.

5.3

Symptome

Einzeln oder in Kombination auftretende Symptome können sein:

- Schmerzen im Oberbauch (oft bei Hunger, Linderung durch Nahrungsaufnahme)
- dyspeptische Beschwerden (Aufstoßen, Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall) treten sehr häufig auf und sind für die Betroffenen äußerst unangenehm. Es besteht ein hoher Leidensdruck. Patienten mit dyspeptischen Beschwerden sind im alltäglichen Leben deutlich eingeschränkt und leiden unter einer reduzierten Lebensqualität.
- evtl. lokalisierter oder diffuser Schmerz in der Magengrube, eher rechtsseitige Schmerzen können bis in den Rücken ausstrahlen
- Magendrücken
- Sodbrennen, Reflux
- brennendes Gefühl hinter dem Brustbein, oft Aufwärtswanderung
- evtl. saurer Geschmack im Mund, Mundgeruch

Zusätzlich können Beschwerden wie Kopf-, Glieder-, Rückenschmerzen, Beschwerden im Genitalbereich, Erschöpfung, Herzrasen, Schweißausbrüche, Unruhe, Angst, Depressionen, Anspannung, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen auftreten.

Anhand der unterschiedlich ausgeprägten Symptomatik wird der Reizmagens in 5 unterschiedliche Typen unterteilt:

- **Refluxtyp:** Die Symptome (Sodbrennen, saures Aufstoßen, Schmerzen beim Schlucken, Schmerzen hinter dem Brustbein) ähneln stark der Refluxkrankheit, jedoch ohne sich zu einer Refluxösophagitis weiterzuentwickeln und ohne deren Komplikationen.
- **Ulkuistyp:** Die Symptome ähneln jenen eines Magengeschwürs, lassen sich nach der Nahrungsaufnahme nach, treten häufig nachts wieder auf.
- **Dysmotilitätstyp:** Die Beschwerden lassen sich auf eine Bewegungsstörung zurückführen. Hier sind diffuses Druckgefühl im Oberbauch, vorzeitiges Sättigungsgefühl, Blähungen und Übelkeit die vorherrschenden Symptome.
- **Aerophagietyp:** Die Symptome werden dadurch verursacht, dass der Betroffene zu viel Luft beim Essen schluckt. Dieser Typ entsteht vor allem in psychischen Belastungssituationen, wenn zu hektisch gegessen und zu wenig gekaut wird.
- **Idiopathischer (essenzieller) Typ:** Bei diesem Typ sind keine spezifischen Beschwerden vorherrschend, vielmehr liegen verschiedene Symptome gleichzeitig vor.

5.4

Diagnostik**5.4.1 Allgemeine diagnostische Maßnahmen**

Bevor die Diagnose „Reizmagen“ gestellt werden kann, sollte durch die folgenden Untersuchungen eine organische Ursache sicher ausgeschlossen werden:

- genaue Anamnese (Art und Auftreten der Beschwerden, psychische Belastungen und Lebensumstände, Ernährungsgewohnheiten etc.)
- Blut- und Stuhluntersuchungen
- Ultraschall (Sonografie)
- Magenspiegelung (Gastroskopie) evtl. mit Gewebeentnahme (Biopsie) zum Ausschluss von z. B. Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüren, Refluxösophagitis etc.

Sind organische Ursachen ausgeschlossen und bestehen die Symptome **mindestens 3 Monate** kann in der Regel von einem Reizmagen ausgegangen werden.

5.4.2 Kochsalz(NaCl)-Kreislauf und Urin-pH-Wert-Kurve nach Sander

Da sich zahlreiche Beschwerden beim Reizmagen auf eine Azidose zurückführen lassen, ist die Urin-pH-Wert-Kurve nach Sander, die auf den Erklärungsmodell des Kochsalz(NaCl)-Kreislaufs nach Sander (► **Abb. 5.1**) basiert, eine sinnvolle diagnostische Maßnahme.

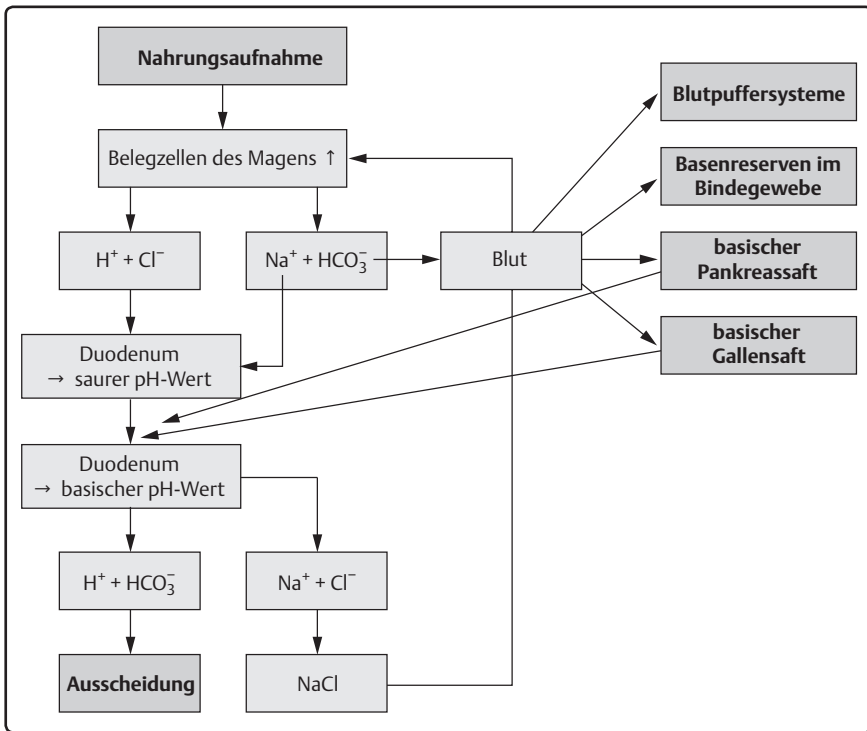
Die Belegzellen des Magens produzieren nicht nur Salzsäure, sondern auch Natriumbikarbonat. Sie gehören also zum Bereich des Säure-Basen-Haushalts und haben mit der Verdauung nur indirekt etwas zu tun. Durch das abwechselnde Zerlegen des Kochsalzes in den Belegzellen und durch die spätere Resyn-

these im Duodenum entsteht ein periodischer Wechsel, bei dem **physiologische Basenfluten** meist 3-mal am Tag in verschiedener Stärke im Organismus auftreten. Es zeigt sich physiologisch meistens eine Basenflut morgens zwischen 8 und 10 Uhr, und eine weitere nach der Hauptmahlzeit zwischen 14 und 16 Uhr.

Die dabei entstehende Flut (Basenflut) von **Natriumbikarbonat** (nach einer Mahlzeit), die sofort resorbiert wird, würde eigentlich zu einer sofortigen schwerwiegenden Blutalkalose führen. Dies ist aber nicht der Fall, da das Natriumbikarbonat als Base zur Herstellung der basischen Verdauungssäfte für Leber bzw. Galle, Dünndarm und Pankreas (basophile Organe) verbraucht bzw. genutzt wird. Das Bikarbonat gelangt später in Form von Galle und Pankreassekret in den Zwölffingerdarm (Duodenum), und zwar in derselben Menge, in der auch salzsaurer Nahrungsbrei vom Magen in den Zwölffingerdarm abgegeben wird. Im Zwölffingerdarm neutralisieren sich das Bikarbonat und die Salzsäure und gelangen dann als **resynthetisiertes Kochsalz** in den Blutkreislauf und zurück in die Belegzellen. Ein dauerhaftes Absinken der Basenreserven würde eine Minderung der Organleistung zur Folge haben.

Benötigen diese Organe zur Verdauung mehr Basen, so müssen die Belegzellen des Magens notwendigerweise mehr Natriumbikarbonat produzieren (auch außerhalb der Mahlzeiten), damit verbunden ist aber auch eine vermehrte Bildung von Salzsäure (sog. Depotsalzsäure), was in der Folge aber auch zu (vermehrtem) Sodbrennen führen kann, wodurch sich eine Gastritis oder ein Ulcus ventriculi entwickeln könnte.

Nach Miederer ist die Magenschleimhaut ein Bikarbonat-Speicher und stellt somit den eigentlichen protekti-



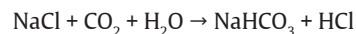
► **Abb. 5.1** Kochsalzreislauf nach Sander (Abkürzungen: H⁺ = Wasserstoff; Cl⁻ = Chlorid; Na⁺ = Natrium; NaCl = Natriumchlorid; HCO₃⁻ = Hydrogenkarbonat; ↑ = erhöht).

ven Faktor dar. Wird z.B. dauerhaft die Doppelaufgabe der Belegzellen durch Protonenpumpenhemmer und Säuresekretionshemmer unterbrochen, kann es zu einem Versiegen der wichtigen Basenproduktion (und im Weiteren zu einer Hypoazidität bzw. Anazidität) kommen. Die Folge kann eine vollständige Entgleisung des Säure-Basen-Haushalts, eine Insuffizienz der Belegzellen (therapeutische Gabe von Amara-Drogen) und eine Störung der Verdauungsleistung sein (s.o.). Auch Bakterien wie z.B. *Helicobacter pylori* finden erst ein Milieu, wenn sich der pH-Wert des Bindegewebes in der Schleimschicht des Magens dauerhaft pathologisch verändert.

Bei der Einnahme von **Basenpulvern** zur Behandlung einer Hyperazidität könnte der Patient die ersten beiden

Tage mit vermehrtem Sodbrennen reagieren, was aber eine völlig normale Reaktion des Körpers darstellt, um die angesammelten Säuren abzuatmen bzw. endlich loszuwerden. Hier hat es sich als sinnvoll erwiesen einige Minuten später noch mal eine Gabe Basengemisch einzunehmen, um damit das Säuresyndrom in den Griff zu bekommen. Heilreaktionen können auch kurzfristige Durchfälle sein, da die Verdauung durch die bessere Arbeit der basophilen Organe kurzfristig zu stark angeregt werden kann.

Die in den Belegzellen ablaufende Reaktion lässt sich wie folgt beschreiben:



Dabei sind 37,5g Kochsalz zu 23,3g Salzsäure und 53,7g Natriumbikarbonat äquivalent. Hieran erkennt man deut-

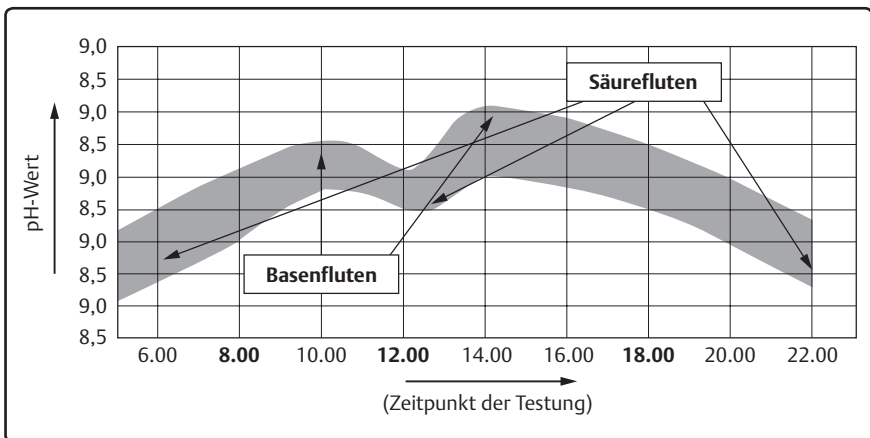
lich den wichtigen und hohen Anteil der Basenproduktion in den Belegzellen.

Die **latente Azidose** ist die nach Sander am häufigsten vorkommende Form der Azidose. Es besteht eine kompensatorische Minderung der Pufferbasen ohne Änderung des Blut-pH-Wertes, aber mit einer verminderten Pufferkapazität. Mit jedem abgeatmeten H^+ -Ion geht auch ein Bikarbonatmolekül, also eine wichtige Pufferbase, verloren. Dieser Pufferbasenverlust wird eben auch als latente, d.h. schlummernde, Azidose bezeichnet.

Liegt also eine latente Azidose im Grundgewebe vor, wird dauerhaft ein entsprechend höherer Anteil von Bikarbonat zur Säuremobilisierung aus den Belegzellen des Magens benötigt, der dann natürlich im Zwölffingerdarm zur Neutralisierung des sauren Nahrungsbreis und auch für die Herstellung der basischen Verdauungssäfte fehlt. Das enterale Basendefizit versucht der Körper, auch außerhalb der Nahrungsmittelaufnahme, durch **erhöhte Kochsalzspaltung** (s.o.) auszugleichen. Die dabei auch entstehende Salzsäure gelangt nicht nur als Depot-Salzsäure in den Magen, sondern führt auch im Duodenum zu einer

stärkeren Ansäuerung. Da im sauren Milieu die Pankreasenzyme nicht optimal wirksam werden können, werden die Nahrungsbestandteile nicht mehr ordnungsgemäß aufgespalten, wodurch größere Mengen unverdauter Bestandteile in den Dickdarm gelangen und es dort zu Gärungsprozessen kommt. Die dadurch entstehende Säurebelastung kann eine bestehende latente Azidose dauerhaft verstärken. So bilden die Leber (sekretorische Leberphase), das Grundgewebe und der Kochsalzkreislauf (Basenflut) eine funktionelle Einheit, zu der auch der Magen notwendigerweise gehört.

Physiologischer Säure-Basen-Haushalt: Im 6-Uhr-Morgenurin kommen die über die Nacht physiologisch angesammelten sauren Stoffwechsellendprodukte zum Vorschein. Beim Gesunden treten ca. 2–3 Stunden nach einer Hauptmahlzeit Basenfluten auf. Dies ist meistens im 9-Uhr-Urin feststellbar. Die danach wieder anfallenden sauren Valenzen werden zur Mittagszeit ausgeschieden. Gegen 15 Uhr passiert wieder das Gleiche wie gegen 9 Uhr. Ab 18 Uhr kann es dann wieder zu einem Säureüberschuss kommen (► **Abb. 5.2**).



► **Abb. 5.2** Interpretation der Urin-pH-Wert-Kurve nach Sander.

Pathologischer Säure-Basen-Haushalt: Bei kranken Patienten fehlt sehr häufig dieser Wechsel zwischen Säure- und Basenflut. Sie verharren meistens in einer Säure- (pH-Werte nie über 6,7) bzw. Basenstarre (pH-Werte nie unter 7).

- nasale und perinasale Blässe
- trockene Lippen
- Nasenrötung
- beidseitige Nasolabialfalte
- weißliche belegte Zunge im mittleren Drittel

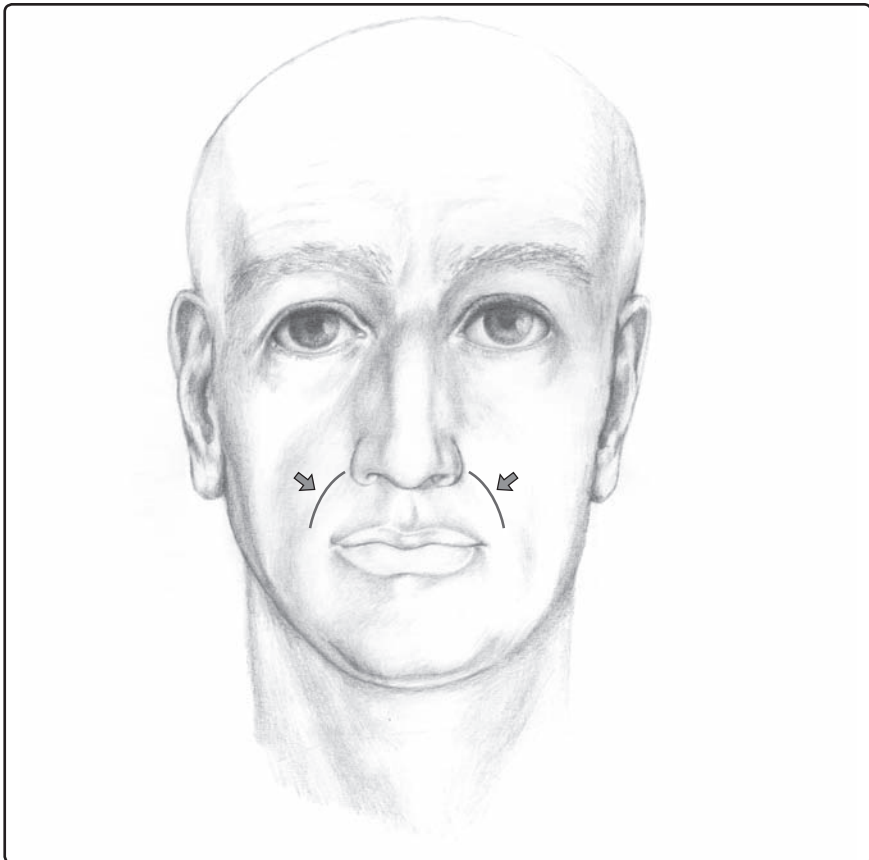
5.4.3 Pathophysiognomik bei chronischem Reizmagens

Es ist bekannt, dass chronische Leiden sich auch im Habitus und der Physiognomie der Betroffenen widerspiegeln. K. Tepperwein (2002) hat beim chronischen Reizmagens die folgenden physiognomischen Merkmale definiert (► **Abb. 5.3**):

5.5 Therapie

5.5.1 Allgemeine und schulmedizinische Therapie-maßnahmen

Zur Behandlung eines Reizmagens gibt es folgende Möglichkeiten:



► **Abb. 5.3** Beidseitig stark ausgeprägte Nasolabialfalten (Pfeile) gehören u. a. zu den typischen pathophysiognomischen Kennzeichen eines Reizmagens (nach Tepperwein 2002).

- **Umstellung der Essgewohnheiten:**

- reichliche Flüssigkeitszufuhr (z. B. auch bestimmte Getränke wie warmer Kräutertee)
- Vermeidung von Alkohol, Nikotin, Kaffee und starken Gewürzen
- kleinere Essensportionen, dafür häufigere Nahrungszufuhr
- professionelle Ernährungsberatung (z. B. Diät)

- **Medikamentös, je nach Ursache z. B.:**

- **Antibiotika** (z. B. Metronidazol) z. B. bei Infektion mit *Helicobacter pylori*: Bei der Therapie der H.-pylori-Infektion werden am häufigsten die „Italienische Tripeltherapie“ (Clarithromycin, Metronidazol, Protonenpumpenhemmer) oder die „Französische Tripeltherapie (Clarithromycin, Amoxicillin, Protonenpumpenhemmer) eingesetzt. Bei Therapieversagen kommen als Alternative Ciprofloxacin, Rifabutin, Tetrazyklin und Wismutpräparate infrage.
- **Säurehemmer** (z. B. H₂-Blocker wie Cimetidin oder Protonenpumpenhemmer [Protonenpumpeninhibitoren, PPI] wie Omeprazol) zur Regulation der Magensäurebildung:
 - **Cimetidin** (z. B. CimLich) wirkt als H₂-Antihistaminikum dämpfend auf die Magensaftproduktion. Cimetidin ist ein kompetitiver, reversibler H₂-Antagonist der Belegzellen der Magenschleimhaut. Dadurch vermindert es die Sekretion der Magensäure und die Freisetzung des Verdauungsenzyms Pepsin, beeinflusst aber nicht die Bildung des Magenschleims und die Magenentleerung. Zusätzlich unterdrückt es die Vagus- und Gastrin-induzierte

Säurefreisetzung. Häufige unerwünschte Wirkungen sind z. B. verminderte Libido, Gynäkomastie und evtl. die Entwicklung einer Agranulozytose.

- **Omeprazol** (z. B. Antra MUPS) ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Protonenpumpenhemmer. Es wird an seinem Wirkort, den säureproduzierenden Belegzellen des Magens, in den eigentlich aktiven Metaboliten umgewandelt, die die Protonen-Kalium-ATPase (die sog. Protonenpumpe) in diesen Zellen irreversibel hemmt. Dadurch kommt es zu einer Verminderung der Säureproduktion im Magen und der pH-Wert des Magensafts steigt an. Häufige unerwünschte Wirkungen sind z. B. erhöhte Leberwerte, Schwindel und Polyneuropathie.

- **Motilitätsregulatoren** zur Behandlung von Peristaltikstörungen des Magens wie z. B. die Substanz **Metoclopramid** (MCP), ein Dopamin-Antagonist. Metoclopramid (z. B. Paspertin) bessert Bewegungsstörungen im oberen Magen-Darm-Trakt (Motilitätsstörungen) und lindert Übelkeit und Erbrechen. Es beeinflusst zusätzlich auch Serotonin-Rezeptoren und wirkt antagonistisch auf 5-HT₃-, aber agonistisch auf 5-HT₄-Rezeptoren, die Einfluss auf die Peristaltik des Magen-Darm-Trakts ausüben und die intestinale Sekretion von Wasser und Elektrolyten fördern. Eine relevante Nebenwirkung ist die Erhöhung des Prolaktin-Spiegels, die verminderte Libido, Menstruationsstörungen und Impotenz zur Folge haben kann.

- Änderung des Lebensstils (z. B. Vermeidung von Stress)
- bei Unverträglichkeit bestimmter Medikamente bzw. von Schmerzmitteln Umstellung auf andere Präparate oder ergänzende Therapien, um eben auf diese nach Möglichkeit verzichten zu können
- gezielte psychotherapeutische Ansätze
- Akupunktur
- physikalische Ansätze, z. B. Wärme (in Form einer Wärmflasche) oder die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

5.5.2 Ganzheitliche Therapie des chronischen Reizmagens

Sander (1953–1999) ging davon aus, dass die chronische Gastritis die Folge eines entgleisten Säure-Basen-Haushalts ist und es dabei erst zu einer Aktivierung und später zur einer Herunterregulierung bzw. **Insuffizienz der Belegzellen** kommt. Dasselbe findet auch durch eine dauerhafte Medikation mit H₂-Blockern oder Omeprazol statt. Deshalb ist es therapeutisch wichtig, diese Belegzell-Insuffizienz durch die Gabe von **Amara-Drogen** (z. B. Abdomilon Lsg., 3 × tgl. 1 EL) anzuregen. Infolgedessen ist diese Anwendung auch bei chronischem Reizmagens indiziert. Neben Bitterstoffdrogen enthält das Abdomilon auch Melissenextrakt, weshalb es gerade bei Reizmagens- wie auch Reizdarmproblemen angezeigt ist.

Wichtig ist dabei auch die **parallele Gabe des entsprechenden Basenmittels**, d. h. in diesem speziellen Fall eines natriumhaltigen Basenmittels, da es um den Ersatz den Natriumhydrogenkarbonats aus den Belegzellen geht, z. B. Basica vital Pulver oder tatsächlich auch Bullrich-Salz oder Ähnliches, 1 × tgl. 1 EL.

Damit das Basenmittel optimal in den Kochsalz-Kreislauf nach Sander regulativ

eingreifen kann, ist es außerdem wichtig, 3 **Schüssler-Salze** mit in die parallele Therapie einzubauen: Nr. 8, Nr. 9 und die Nr. 23, je in D6 je 3 × tgl. 2 Tabl. Um das häufig gleichzeitig belastete Nervensystem zu stabilisieren, hat sich z. B. der parallele Einsatz von Calmvalera Tropfen (4 × tgl. 40 Tr.) bewährt.

Die Therapie wird so lange durchgeführt, bis die Symptome verschwunden bzw. deutlich gelindert sind.

Patienten, die Säurehemmer wie Omeprazol oder Cimetidin einnehmen, sollten diese, wenn sie erst kurzfristig eingenommen werden, sofort wieder absetzen. Nach längerfristiger Einnahme von Säurehemmern, müssen diese erst langsam ausgeschlichen werden.

Während der ersten beiden Tage kann es durch das Absetzen von Omeprazol zu verstärktem Sodbrennen kommen. Dies ist eine völlig normale Folgereaktion der nun beginnenden naturheilkundlichen Therapie. Sollte dies für den Patienten eine starke Einschränkung seiner Lebensqualität bedeuten, können zusätzlich das Basenmittel oder die Schüssler-Salze zur Linderung des Sodbrennens eingesetzt werden.

Bei parallel bestehendem Helicobacter-pylori-Befall werden naturheilkundlich Wismutverbindungen eingesetzt, z. B. Gastritis-Hevert Tabletten.

Ganzheitlicher Therapie-vorschlag bei chronischem Reizmagens

Basistherapie

Kombination aus:

- Basica Vital Pulver (Protina)
Dosierung: 1 × tgl 1 EL vor den Mahlzeiten
und
- Abdomilon N Liquidum (Cesra)
Dosierung: 3 × tgl. 1 EL
und

- Biochemie Pflüger Nr. 8 Natrium chloratum D6 (Pflüger)
Dosierung: 3 × tgl. 2 Tabl.
und
- Biochemie Pflüger Nr. 9 Natrium phosphoricum D6 (Pflüger)
Dosierung: 3 × tgl. 2 Tabl.
und
- Biochemie Pflüger Nr. 23 Natrium bicarbonicum D6 (Pflüger)
Dosierung: 3 × tgl. 1 Tabl.
und
- Calmvalera Tr. (Hevert)
Dosierung: 4 × tgl. 40 Tr.

Paralleltherapie

Kombination aus:

- Magen-Darm-Amp. M Rówopan 2 ml (Asconex)
- Obatri-Injektapas SL Amp. 2 ml i.m. (Pascoe)
- Cefalymphat H Amp 1 ml (Cefak)
- Psychoneuroticum N Amp. 2 ml (Asconex)

Dosierung insgesamt: 1 × Woche, entweder als Mischinjektion s.c./i.c. verabreichen (auch durchaus Vogler-Punkte) oder Ampullen trinken lassen.

Und eine Kombination aus:

- gastri-loges N Amp. 2 ml (Dr. Loges)
- toxi-loges Amp. 2 ml (Dr. Loges)
- Vitamin B₁₂ forte Hevert Amp. 2 ml (Hevert)
- dysto-loges N Amp. 2 ml (Dr. Loges)
- Cuparcen HM Inj. Amp. 2 ml (Pflüger)

Dosierung insgesamt: 1 × Woche, entweder als Mischinjektion i.m. verabreichen oder Ampullen trinken.

Bei *Helicobacter-pylori*-Nachweis

- Gastritis-Hevert Tabl. (Hevert)
Dosierung: 3 × tgl. 2 Tabl.

Eventuell zusätzliche antimykotische Therapie (Stuhllabor) sowie Pankreas- und Leberunterstützung.

Akupunktur oder Injektions-Akupunktur (Homöosiniatrie)

Bei chronischem Reizmagen in folgende Akupunkturpunkte injizieren (Mischinjektion s.o.): B21, KG7 + 12, M36, MP4, Le3, KS6 und bei Hypo- bzw. Anazidität: M41 + 42

5.6

Selbsthilfe beim Reizmagen

- Verzicht auf Alkohol, Nikotin, Kaffee und scharfe Gewürze.
- Das Erlernen von Entspannungsübungen führt in der Regel zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden.
- Für regelmäßige Ruhepausen sowie ausreichend Schlaf und Entspannung sorgen.
- Regelmäßig Sport treiben; körperliche Aktivität kurbelt neben Herz und Kreislauf auch die Verdauungsfunktionen an.
- Langsam kauen und kleinere Mahlzeiten zu sich nehmen.
- Leichte Speisen zu sich nehmen, die gut bekömmlich sind und das Verdauungssystem nicht zu sehr belasten.
- Bei Bauchschmerzen tut Wärme gut, z.B. heiße Leibaufgaben mit Wärmflasche, Moor- oder Heusack.
- Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr von mindestens 2 Liter pro Tag achten.
- 2-mal wöchentlich ansteigende Sitz-, Fuß- oder Bürstenbäder mit kaltem Leibwickel.
- Wie beim Reizdarm (► Kap. 4) kann das Führen eines Beschwerdetage-