



Heilpraxis *Magazin*

M 5973 E

6. Jahrgang
Nr. 8
August 1988
Einzelpreis
9,50 DM
ISSN 0177-8617



Erkrankungen

des Herzens

Syphilis

Für die meisten Patienten von ganz besonderer Bedeutung sind wegen der möglicherweise unmittelbar lebensbedrohenden Konsequenzen die Erkrankungen des Herzens und des damit in direktem Zusammenhang stehenden Systems der Blutzirkulation.

Wenngleich uns Heilpraktikern aus forensischen Gründen das therapeutische Eingreifen bei akut lebensbedrohlichen Krankheitsbildern dieses Organsystems de facto nur im Ausnahmefall zusteht, so finden sich dennoch in dem gerade unserem Berufsstande zur Verfügung stehenden empirischen Heilwissen mannigfache Möglichkeiten eines diagnostischen und therapeutischen Vorgehens, das uns hilft, den Patienten gar nicht erst in Lebensgefahr geraten zu lassen.

Das Herz und seine Erkrankungen

Schon immer hatte in fast allen Kulturen seit Alters her das Herz eine Sonderstellung in der philosophischen Betrachtung des Organismus inne. Erst in der Neuzeit negierte die „Wissenschaft“ die Kenntnis dieser organisch-physiologisch nicht beweisbaren Zusammenhänge. Gehen wir ruhig einmal davon aus, daß dieses alte Wissen nicht grundlos einen Zusammenhang zwischen Seele und Herz sah, so nimmt es uns nicht wunder, daß wir gerade in einer oft recht herzlosen Zeit in zunehmendem Maße Erkrankungen dieses Organs zu beobachten haben.

Bezüglich der sich aus der Sicht des Patienten am Herzen abspielenden Erkrankungen haben wir zunächst eine Unterteilung in wirkliche „Erkrankungen des Herzens“ i. S. einer Erkrankung des Organs Herz und in „funktionellen Herzbeschwerden“ als Ausdruck einer vegetativen Dysregulation vorzunehmen. Hierbei ist stets daran zu denken, daß die heutigen „nur funktionellen“ Beschwerden per continuitatem durch eine chronische nervale Fehlsteuerung in eine echte Organerkrankung durch morphologische Umstrukturierung übergehen können.

Möglichkeiten naturheilkundlicher Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen des Herzens

Hp Wolf R. Dammrich

Das Herz in der Irisdiagnostik

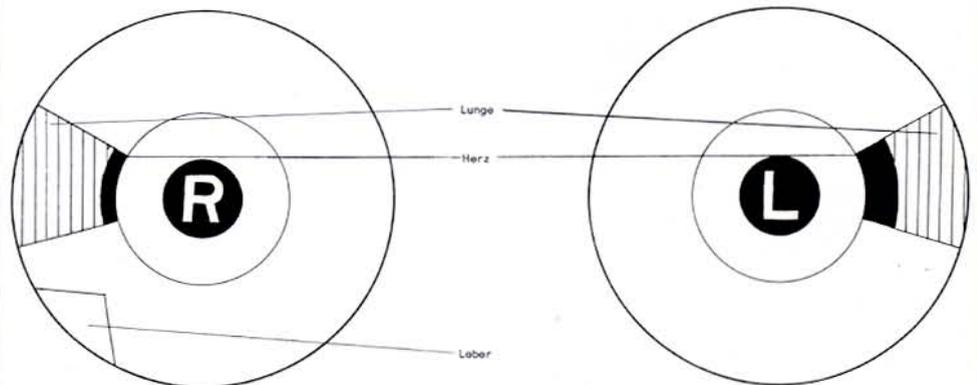


Abb. 1



Eine weitere Möglichkeit der Entstehung von sekundär cardialen Beschwerden besteht seitens der Erkrankung anderer Organe oder Organsysteme. Hier sei daran erinnert, daß so mancher „Herzinfarkt“ sich erst in der Intensivstation als Roemheld-Syndrom entpuppte. Auch ein hepatogener Hochdruck im Pfortaderkreislauf hat – zumindest auf längere Sicht – zwangsläufig Konsequenzen auch am rechten Herzen i. S. einer Insuffizienz. In vergleichbarer Weise entsteht die Linksherzinsuffizienz oft auf der Basis einer Stauungssymptomatik im kleinen Kreislauf.

Naturheilkundliche Hinweisdiagnostik

Häufig finden sich diagnostische Hinweise auf ein pathologisches Geschehen am Herzen bei der für die Naturheilkunde üblichen Untersuchung der Reflexzonen.

So repräsentiert sich das Herz **iridologisch** mit seiner rechten Seite bei 9.00 h in der rechten Iris, während die linke Herzhälfte bei 3.00 h in der linken Iris zu finden ist. Beide Sektoren liegen – der topographischen Anatomie entsprechend – in den jeweiligen Lungenfeldern, zu denen auch ein wichtiger funktionaler Zusammenhang besteht. Eine schlecht ventilerte Lunge wird über kurz oder lang immer eine auch koronare Hypoxämie nach sich ziehen. Eine solche Verschlechterung der Sauerstoffversorgung stellt sich in der Iris stets als eine Abdunklung dar, die in diesem Falle auch den Lungensektor betreffen wird. Eine im Herzsektor krausenrandständige Lakune ist ein Zeichen für bestehende Herzangst, durchbricht sie den Krausenrand, weist sie auf pathologische Veränderungen am Herzmuskel hin. Ist die Lakune offen, bezieht sie sich auf einen laufenden Prozeß, in dem ein akutes Versagen des Organs in Betracht zu

ziehen ist. Ähnliches gilt, wenn sich im genannten Bereich eine zur Peripherie hin offene Darmkrause, Wabenlaken oder Krypten finden. Letztere sind immer Zeichen einer alten Insuffizienz, die bereits in das Stadium morphologischen Umbaus eingetreten ist. Aber auch Hinweise auf entzündliche Prozesse sind in der Iris zu sehen. Aufhellungen und weiße Verdichtungen des Irisstromas weisen uns darauf hin.

Segmentdiagnostisch relevant sind bei funktionellen Herzbeschwerden die Innervationsbereiche von C 4 bis C 6, bei Herzleiden anderer Genese auch die Bereiche bis Th 4. In diesen Segmenten finden wir auch den vertebra-genen Mechanismus für die stechenden Herzschmerzen, die von uns als Intercostal neuralgie zu diagnostizieren sind. Der auf der linken Schulter manchmal zu findende „Herzbuckel“ gilt ebenfalls als segmentaler Hinweis.

Segmentdiagnostik und -therapie bei Erkrankungen des Herzens (Ansicht von dorsal)

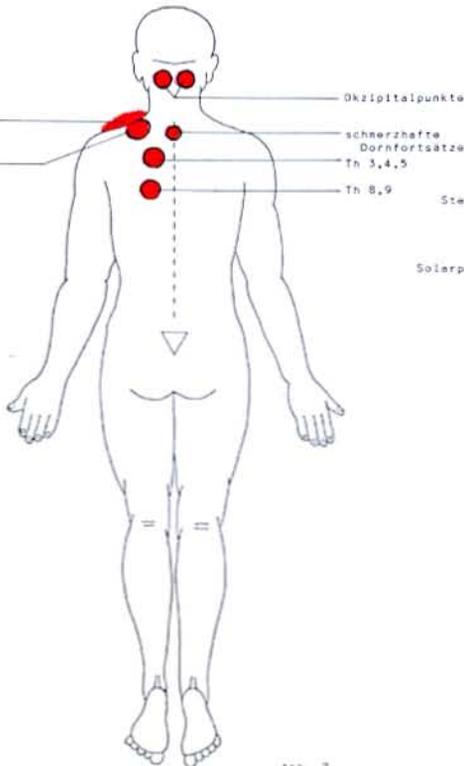


Abb. 2

Segmentdiagnostik und -therapie bei Erkrankungen des Herzens (Ansicht von ventral)

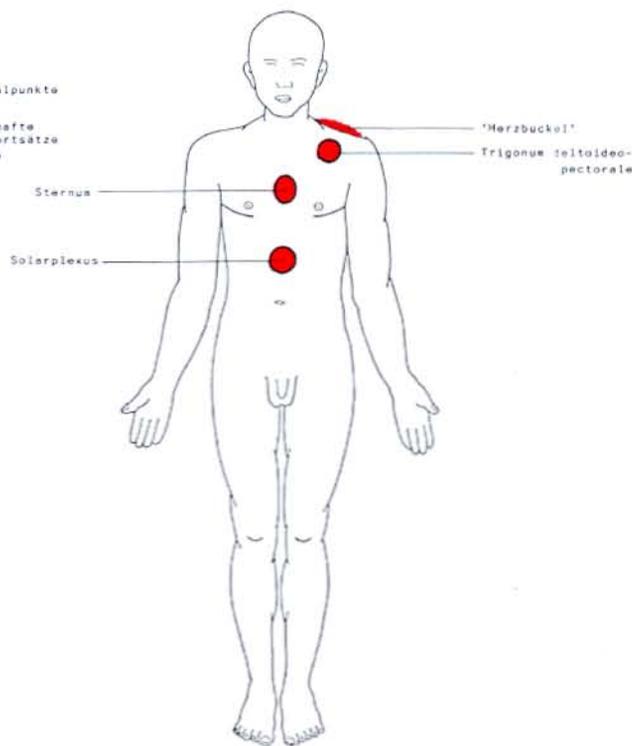


Abb. 3

Segmentdiagnostik und -therapie bei Erkrankungen des Herzens (Ansicht von lateral)

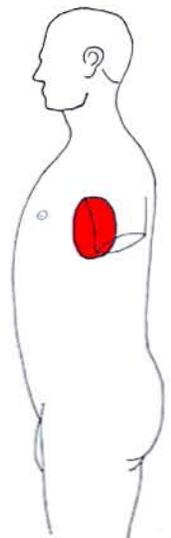


Abb. 4



Ansicht von plantar
(Fußsohle)

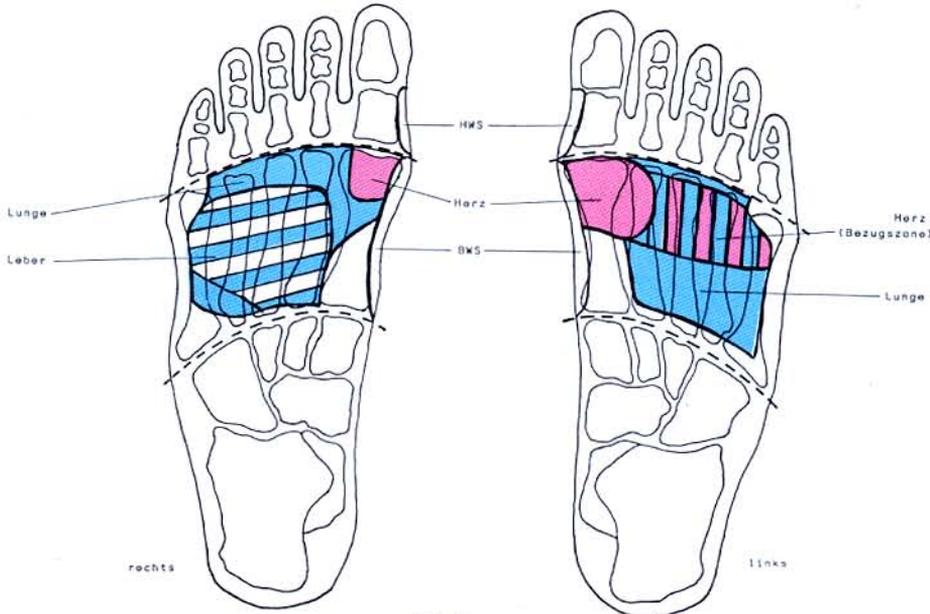


Abb. 5

Ansicht von palmar
(Handfläche)

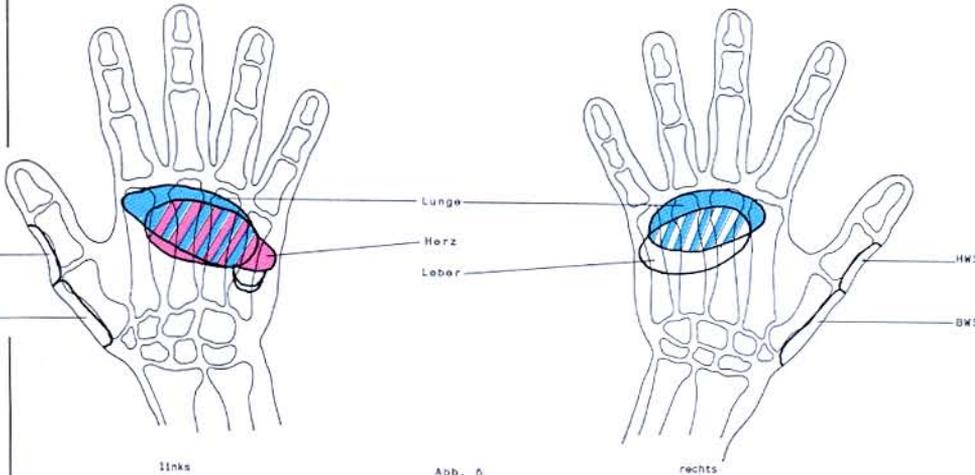


Abb. 6

Auch Fuß- und Handreflexzonen (s. Abb.) sind zur Hinweisdiagnostik geeignet.

Ein der Naturheilkunde lange bekanntes, neuerdings auch von der Schulmedizin akzeptiertes Kriterium für die Vermutung einer hypoxischen Situation des Herzmuskels ist das Vorhandensein der sog. Herzfalte am Ohrläppchen (s. Abb.). Diese ist als äußerst signifikant für das Risiko eines Infarktes einzuschätzen. Berichten der Mayo-Clinic zufolge findet sich eine

derartige Falte bei etwa 90% der Patienten mit Herzinfarkt. Selbst bei Patienten mit pektanginösen Beschwerden soll es bei Fehlen dieser Falte in 90% der Fälle nicht zum Infarkt kommen.

Klinische Diagnostik

Von den Möglichkeiten schulmedizinischer Diagnostik sollen hier nur diejenigen erwähnt werden, die ohne apparativen Aufwand durchführbar sind. Hierbei beschränken wir uns auf die

Darstellung der Diagnostik der durch Heilpraktiker therapierbaren Krankheitsbilder.

Die wichtigsten Hinweise finden sich bereits in der **Anamnese** des Patienten. Höchste Wertigkeit besitzen hier Angaben über belastungsabhängige retrosternale Schmerz- oder Mißempfindungen, die meist in Ruhe verschwinden.

Eine Dyspnoe unter Belastung oder gar in Ruhe ist ebenfalls ein brauchbarer Fingerzeig, jedoch ist zuvor eine pulmonale Erkrankung auszuschließen.

Ödeme (zu Beginn meist prätibial) und nächtliches Wasserlassen deuten, nach Ausschluß eines urologischen Geschehens, ebenfalls die Möglichkeit einer Herzinsuffizienz an.

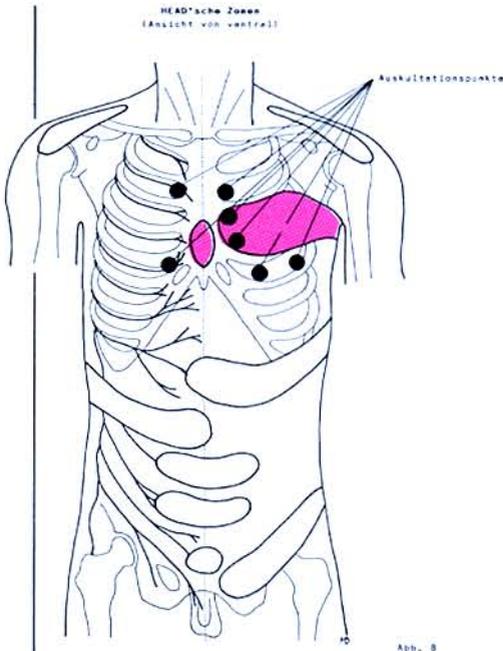
Die anamnestische Angabe von Schwindelzuständen, plötzlichem Bewußtseinsverlust (Synkope) und/oder Palpitationen weist uns in Richtung eventueller Herzrhythmusstörungen.

Die **Inspektion** gibt uns Aufschluß über Hautkolorit (Zyanose?), Stauungszustände der Halsvenen bei Herzinsuffizienz, Tachypnoe bzw. Dyspnoe.

pathognomonische Faltenbildung
am Ohrläppchen bei
ischämischer Situation des Herzens



Abb. 7



Palpatorisch lassen sich die arteriellen Pulse beurteilen, die stets symmetrisch getastet werden sollten. Sie geben Auskunft über die periphere Durchblutungssituation.

Die Hepatomegalie sollte uns an die Möglichkeit einer Rechtsherzinsuffizienz erinnern, besonders wenn gleichzeitig Ödeme der unteren Extremitäten bestehen.

Ein verlagertes Herzspitzenstoß deutet auf eine Linksherzhypertrophie hin.

Die **Perkussion** eines Pleuraergusses sollte unsere Aufmerksamkeit auf die anderen Kriterien einer Linksherzinsuffizienz lenken.

Vor allen Dingen zum Ausschluß von Vitien dient die **Auskultation**, die jedoch auch zur Diagnose einer Perikarditis das Mittel der Wahl darstellt. Hier finden sich die bekannten „ohrnahen Reibegeräusche“. Durch den bei Herzinsuffizienz häufigen dritten und/oder vierten Herzton ergibt sich bei tachycardem Puls auskultatorisch ein sog. Galopprrhythmus.

Pericarditis

Die Entzündung des Pericards tritt als eigenständiges Krankheitsbild, aber auch als Sekundärerkrankung systemischer Grundleiden (rheumatoide Arthritis, Urämie, Sklerodermie) auf. Bisweilen wird sie nur als Zufallsbefund diagnostiziert.

Der Beginn der Erkrankung kann sich dem Patienten als schleichend oder akut präsentieren. Ein dumpfer oder schneidender Schmerz retrosternaler oder präkordialer Lokalisation mit Ausstrahlung in Hals, Schulter oder M. trapezius ist hauptsächlich Konsultationsgrund. Die Atemexkursion des Thorax, Husten und sonstige Bewegungen des Brustkorbes verschlechtern die Beschwerden, wohingegen Vorbeugen und aufrechte Haltung lindern.

Als Hauptbefund ist über die gesamte Dauer des Kontraktionszyklus ein Reibegeräusch auskultierbar, das jedoch während der Systole am deutlichsten in Erscheinung tritt. Fieber, Schüttelfrost und allgemeine Abgeschlagenheit sind häufig, jedoch kommen auch völlig asymptomatische Verläufe vor. Labordiagnostisch findet sich eine beschleunigte BSG bei Leukozytose.

Differentialdiagnostisch bedeutsam ist die Abgrenzung gegenüber ischämischen Krankheitsbildern des Herzens. Diese weisen aber so gut wie nie eine bewegungsabhängige Verschlechterung der Symptomatik auf.

Die erforderliche **Therapie** richtet sich primär gegen das Grundleiden, falls ein solches besteht. Eine spezifische Behandlung der Pericarditis besteht vor allem in einer Stützung der durch die Entzündung insuffizient werdenden Kontraktionskraft des Herzens bei gleichzeitiger Therapie der Entzündung. Die Verabreichung von Crataegus, am besten als iv. Injektion, evtl. in Verbindung mit Mistelwirkstoffen, ist immer sinnvoll. Gleichzeitig empfiehlt

es sich, **neuraltherapeutische** Injektionen in die Hauptschmerzpunkte der herzbezogenen Segmente (s. Abb.) zu applizieren. Hierbei hat sich vor allem die parasternale Injektion oft bewährt. Auch das Ansetzen von **Blutegeln** in der Herzgegend und der dorsalen Reflexzone des Herzens am medialen Rand der linken Scapula bringt ausgezeichnete Resultate. **Cantharidenpflaster** bzw. **Baunscheidtieren** dieser Areale sind von vergleichbarer Wirkung, wobei die Blutegel wegen der Sekretion entzündungshemmende Stoffe vorzuziehen sind, wenn man erhalten kann. **Homöopathisch** kann man die üblichen Entzündungsmittel einsetzen, wobei Aconitum dem plötzlichen Eintreten der Symptome entsprechen würde, Lachesis für eine gleichzeitige Tachycardie erforderlich ist, Ferrum phosphoricum einen besonderen Bezug zu starkem Herzklopfen aufweist. **Körperliche Schonung** ist dem Patienten dringend zu empfehlen. Ich pflege diese bei terminlich nicht angekündigten Hausbesuchen zu kontrollieren.

Herzrhythmusstörungen

Die pathologische Veränderung des Herzrhythmus kann sich als Bradycardie, Tachycardie oder Arrhythmie darstellen, wobei Kombinationen möglich sind. Es handelt sich stets um Störungen der Erregungsbildung oder -weiterleitung. Dabei ist zu berücksichtigen, daß trotz aller Autonomie der erregungsbildenden herzeigenen Strukturen auch das vegetative Nervensystem einen erheblichen Anteil an diesen Automatismen hat.

Bradycardie

Die Verlangsamung der Pulsfolge auf unter 60 Schläge pro Minute ist meist das Resultat einer bestehenden vagotonen Reaktionslage. Diese muß nicht generalisiert bestehen, sondern kann auch durch Kompression von Nervensubstanz im zugehörigen Wirbelsegment hervorgerufen sein.



Der Patient ist in seiner Belastbarkeit gemindert, je nach Pulsfrequenz in unerheblichem bis lebensbedrohendem Ausmaß. Bei weniger als ca. 30 Herzkontraktionen pro Minute kann es durch Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff zum akuten Herztod kommen.

Ätiologisch kommen außer der erwähnten Vagotonie konstitutioneller oder vertebragener Genese auch Stoffwechselerkrankungen, ein erhöhter Hirndruck, Hypertonie sowie infektiöse oder rheumatoide Myocardiopathien als Primärerkrankung infrage.

Nach Ausschluß einer Grundkrankheit, die natürlich vorrangig behandelt werden müßte, ist **therapeutisch** die Beseitigung einer bestehenden Vagotonie erforderlich. Bei entsprechender Situation ist die **Chirotherapie**, vor allem die Atlas-Axis-Korrektur sowie die Reposition der Wirbel in den Segmenten C 7 bis Th 4 das Mittel der Wahl. Bestehende Myogelosen in diesen Bereichen sind durch **Schröpfung** oder **neuraltherapeutische** Injektion in die Gelose zu behandeln. Ist die Vagotonie nicht wirbelsäulenbedingt, ist eine **Umstimmungstherapie** gemäß den Regeln der Humoralpathologie erforderlich. Die **Homöopathie** empfiehlt die Verabreichung von Cactus D 3 sowie gegebenenfalls bei entsprechender Konstitution Barium carbonicum in D 12 oder höher.

Tachycardie

Die Erhöhung der Pulsfrequenz auf über 100 Schläge pro Minute ist meist Ergebnis einer sympathikotonen Reaktionslage an den erregungsbildenden Zentren des Herzens. Aber auch Hyperthyreose, Hypotonie, Anämie oder Fieber sind oft zu beobachtende Ursachen. Seitens des Herzens selbst können Insuffizienz und die dazu führenden Entzündungen des Herzmuskels und seiner umgebenden Strukturen für den Anstieg der Frequenz verantwortlich sein.

Meist ergibt sich für den Patienten außer Herzklopfen keine nennenswerte Symptomatik. Dennoch können Frequenzanstieg und kräftigere Kontraktionen sein Befinden beeinträchtigen, meist wohl auf psychogenem Wege i. S. von Herzangst.

Differentialdiagnostisch ist von Bedeutung, daß die Erhöhung der Frequenz i. d. R. unmerklich vonstatten geht. Eine Ausnahme bildet die thyreogene paroxysmale Tachycardie.

Therapeutisch kann man sich den Beta-Rezeptoren-Effekt von Crataegus zunutze machen. Auch Rauwolfia-Präparate haben eine erregungsdämpfende Wirkung. Die **Umstimmungstherapie** normalisiert die vegetative Reaktionslage des Patienten. Auch hier kann ein **chiropraktischer** Eingriff erforderlich sein. Die **Homöopathie** verabreicht dem Plethoriker Arnika D 30, dem blassen Patienten Natrium muriaticum D 200 mit Erfolg. Für Tachycardien entzündlicher Genese ist wiederum auf Lachesis (D 30 oder höher) zu verweisen. Eventuelle Grundkrankheiten sind natürlich separat zu behandeln, will man ein dauerhaftes Resultat erzielen.

Arhythmie

Die Unregelmäßigkeit der Herzaktion kann verschiedenste Gründe haben. Auch hier spielt eine Instabilität der vegetativen Situation häufig eine Rolle. Entzündliche oder Sauerstoffmangelzustände sind ebenfalls häufig verantwortlich zu machen. Medikamentöse (Digitalis) oder toxische Ursachen sind zu bedenken.

Der Patient klagt über Oppressionsgefühl, Präkordialschmerz, Palpitationen, Angstzustände, Schwindelgefühl und plötzliche Schweißausbrüche.

Die Differenzierung der verschiedenen möglichen Arhythmien ist nur im EKG möglich.

Therapeutisch ist auch hier eine vorsichtige Umstimmungsbehandlung oft erforderlich. Die Stabilisierung des Vegetativums ist gut durch eine lege artis angewandte Kneipp'sche **Hydrotherapie** zu erreichen. Die **Neuraltherapie** behandelt segmental sowie durch intravenöse Injektion von 0,5–1,0 ml Neuraltherapeutikum in die Cubitalvene. **Homöopathisch** ist vor allem an *Spartium scoparium*, *Apocynum*, *Lycopus* und *Strophanthus* (alle in niedriger Potenz) zu denken. Die Behandlung der häufig begleitenden Insuffizienz ist obligatorisch.

Herzinsuffizienz

Die mangelnde Kontraktionskraft des Herzens mit der daraus resultierenden Unfähigkeit, die vom Organismus benötigte Blutmenge zu fördern, stellt keine Erkrankung im eigentlichen Sinne dar. Sie ist entweder physiologisches Alterungssymptom oder aber Folge von Krankheitsbildern, die das Symptom cardialer Leistungsschwäche nach sich ziehen.

Differentialdiagnostisch ist zwischen Rechtsherz-, Linksherz- und Globalinsuffizienz zu unterscheiden (s. Tab. 1).

Das Befinden des Patienten wird bereits bei beginnender Insuffizienz vor allem durch mangelnde Leistungsfähigkeit gestört. Schwierigkeiten beim Treppensteigen, rezidivierende Atemnot, in schweren Fällen auch leichte bis aufdringliche Rasselgeräusche bei der Atmung führen den Patienten in die Praxis.

Als obligatorische Befunde finden sich bei Rechtsinsuffizienz eine sichtbare Halsvenenstauung, Stauungs„gastritis“, Hepatomegalie sowie Ödeme der abhängigen Körperpartien.

Die Linksinsuffizienz imponiert durch Dyspnoe sowie respiratorische Zyanose.

Beiden Insuffizienzformen gemeinsam



Tab. 1

Symptom	Linksinsuffizienz	Rechtsinsuffizienz	Anmerkungen
Aszites			Druckgefühl im Nierenlager
basale RG's			
Belastungsdyspnoe			
cor bovinum			
gastrointestinale Störungen			
Hepato(spleno) megalie			bes. bei akuter Dekompensation
Leistungsminderung			
Lungenödem			
Ödeme			der abhängigen Körperpartien
nächtlicher Husten			Sputum: „Herzfehlerzellen“
Nykturie			
Oligurie			
Pleuraergüsse			re li
Proteinurie			Druckgefühl im Nierenlager
Ruhedyspnoe			
Rhythmusstörungen			irreguläre Palpitationen
Tachycardie			
Venenstauungen			Hals- und Zungengrundvenen
venöse Zyanose			durch periphere Sauerstoffausschöpfung
Zyanose			durch gestörte Lungenfunktion

sind die Symptome Leistungsminderung, Oligurie, Nykturie, Tachycardie.

Die Einteilung der Schweregrade bestehender Insuffizienz erfolgt nach den Kriterien der New York Heart Association in vier Stadien:

1. subjektiv beschwerdefrei bei Belastung des täglichen Lebens
2. Leichte Leistungsminderung, leichte Belastungsbeschwerden
3. Erhebliche Leistungsminderung unter normaler Belastung
4. Ruhedyspnoe des bettlägerigen Patienten.

Ätiologisch sind bei pathologischer Insuffizienz stets Stauungszustände im Bereich des prae- oder postcardialen Gefäßapparates verantwortlich zu machen, die via Druckerhöhung an der jeweiligen Herzseite zu Überlastung von Atrium und/oder Ventrikel führen. So verursacht eine arterielle Hypertonie die Linksherzinsuffizienz, ein pulmonaler Hypertonus oder eine Stauung im Pfortaderkreislauf eine Rechts-

herzinsuffizienz. Die Globalinsuffizienz ist häufig Resultat einer chronischen Lateralinsuffizienz oder einer koronaren Herzkrankheit. Vitien verursachen durch die Störung der Klapfenmechanik ebenfalls eine ihrer Lokalisation entsprechende Insuffizienz. Schließlich kommen auch primäre und sekundäre Kardiomyopathien, Herzrhythmusstörungen sowie Anämie und Kreislaufchock als Causa in Betracht.

Das therapeutische Procedere hat stets zweigleisig zu erfolgen. Zum einen ist die Grundkrankheit mit geeigneten Verfahren anzugehen, zum anderen ist eine der Konstitution des Patienten und der vorliegenden Form der Insuffizienz angepaßte Therapieform zu wählen. **Homöopathisch** empfiehlt sich die Behandlung der physiologischen Insuffizienz (Altersherz) mit Crataegus D 3, Cactus D 3, Viscum album D 4, bei gleichzeitiger hypotoner Dysregulation auch gut im Wechsel mit Veratrum album D 4. Bei anderen Formen der Insuffizienz ist bei pletho-

rischen Patienten eher an Digitalis D 6 oder Arnica D 6 zu denken, wohingegen Crataegus D 1-3 und Strophanthus D 3 mehr dem asthenischen Habitus zuzuordnen sind. Bei schwererem und akutem Verlauf ist unbedingt an Scilla D 3 bei Rechtsinsuffizienz, an Arsenicum album D 6-30 und Carbo vegetabilis D 200 bei Linksinsuffizienz zu denken. Die erforderliche Diuresis ist mit Apocynum, bei Bradycardie auch mit Scilla zu erreichen. Gerade in Notsituationen hat sich die Kombination mit **Neuraltherapie** sehr bewährt. Parasternale und segmentale Quaddlung sollten hier unbedingt eingesetzt werden. Auch die Anwendung von **Blutegeln** am medialen Rand des linken Schulterblattes sowie über dem Herzbereich (je 3-4 Egel) hat sich als überaus wirksam erwiesen. Bei dekompensierten Formen der Insuffizienz ist auf **Bewegungstherapie** ganz zu verzichten, da körperliche Schonung oberstes Gebot ist. Nach Rekompensation oder bei kompensierten Insuffizienzen ist ein leichtes bewegungstherapeutisches Kreislauftraining durchzuführen, kombiniert mit Atemübungen, Streichmassage, Schüttelungen und behutsamen Trockenbürstungen.

Koronarinsuffizienz

Bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) kommt es zu einem Mißverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot in der Herzmuskulatur. Hierfür wurden in der Vergangenheit vor allem morphologische Veränderungen an den Koronargefäßen verantwortlich gemacht. Erst in neuerer Zeit nähert sich auch die klinische Medizin wieder den Ansichten der Humoralpathologie, die hier eher ein pathologisch verändertes Fließverhalten des Blutes bei saurem Milieu im Gewebe annimmt.

Der Patient merkt häufig anfangs nichts von seiner Erkrankung. Allenfalls leichte Insuffizienzzeichen (s.o.) können ihm auffallen. Erst im weiteren Verlauf kommt es zu pectanginösen



Beschwerden, die in charakteristischer Weise unter körperlicher oder seelischer Belastung auftreten. Der Angina-pectoris-Anfall ist in seinem Vollbild von starken retrosternalen Schmerzen (Druck, Brennen, Ziehen), häufig mit Ausstrahlung in die linke Schulter, den linken Arm sowie in den Halsbereich (Würgegriff) gekennzeichnet. Gleichzeitig besteht Vernichtungsgefühl mit entsprechender Todesangst. Kalte Luft und überladener Magen verschlechtern oft die Symptomatik. Fast stets schwinden die Beschwerden nach Nitratmedikation. Der Übergang in den Herzinfarkt ist fließend.

Nach bisherigen Vorstellungen war ätiologisch eine Stenosierung von Koronargefäßen für das Krankheitsbild verantwortlich gemacht worden. Seit einigen Jahren weiß man jedoch aus der Pathologie, daß bei einem Großteil der Patienten (ca. 30%) eine Arteriosklerose nicht vorliegt. Es ist zu vermuten, daß hier Gefäßspasmen der Koronararterien auslösend wirken. Ebenfalls eine große Rolle spielt die Azidose des Gewebes, die ihrerseits die Bereitschaft zu Gefäßspasmen fördert und das Fließverhalten des Blutes negativ beeinflusst. Neueste Untersuchungen (Physicians Health Study 1988) weisen deutlich auf die offensichtlich maßgebliche Rolle der Thrombozytenaggregation hin.

Die Diagnose ist nur elektrokardiografisch zu stellen. Hierbei ist zu beachten, daß die meisten Patienten ein falsch negatives Ruhe-EKG zeigen, aber auch bei der Ergometrie sind etwa 30% nicht signifikant verändert. Finden sich im Ruhe-EKG bereits pathologische Zeichen, ist die Durchführung unter Belastung streng kontraindiziert.

Eine gute diagnostische Möglichkeit ist das Langzeit-EKG. Eine evtl. bestehende Digitalis-Medikation ist wegen falsch positiver Ergebnisse vorher abzusetzen (Digoxin eine, Digitoxin drei Wochen vorher).

Differentialdiagnostisch ist an Roemheld-Syndrom, Lungenembolie, pleurale Prozesse, vertebrale Störungen sowie an cardiale Leiden anderer Genese zu denken.

Phytotherapeutisch empfiehlt sich vor allem die Verbesserung der Rheologie mittels *Allium sativum*. Bei Plethorikern ist die innerliche und äußerliche Verwendung von *Arnica*, am besten in Verbindung mit *Achillea millefolium* hilfreich. *Crataegus* wirkt gut bei stenocardischen Anfällen mittleren Grades als Dauertherapie, unterstützt von *Ammi visnaga* im akuten Anfall. Mischpräparate sind in der Langzeit- oder kurmäßigen Anwendung bewährt. Die zusätzliche Anwendung von Magnesiumpräparaten dient der Spasmolyse an den Koronargefäßen, Kaliumgaben verbessern die Reizleitung. **Homöopathisch** ist generell zwischen zwei Mittelgruppen zu unterscheiden: dem plethorischen, hitzigen Patienten sind *Aconitum*, *Arnica*, *Aurum*, *Glonoinum* und *Lachesis* zuzuordnen, dem (prae)kollaptischen, blassen Patiententyp eher *Arsenicum*, *Latroductus*, *Naja* und *Tabacum*. Je akuter die Situation, desto niedriger die Potenz und desto häufiger die Gaben. Die **Neuraltherapie** der herzbezogenen Areale ist nach vorheriger Störfeldbehandlung zu versuchen. Hier ist die Affinität der meisten Neuraltherapeutika zum Reizleitungssystem des Herzens unbedingt zu berücksichtigen. Als **Ausleitungsverfahren** ist vor allem der Einsatz von Blutegeln über dem Herzen und am medialen Rand der linken Scapula zu empfehlen. Auch andere hautreizende Verfahren sind einsetzbar. Auch die Verwendung von Herzsalben gehört in diesen Bereich.

Die begleitende **Atemgymnastik** dient vor allem der Lockerung des Schultergürtels und des Zwerchfells. **Fußreflexzonenmassage** wirkt vegetativ harmonisierend. **Ozontherapie** maximiert das Sauerstoffangebot an das Gewebe, muß aber stets mit durchblutungsfördernden Präparaten kombiniert wer-

den. Je nach Situation kommen vor allem die große Eigenblutbehandlung (GEB) sowie die subkutane Injektion infrage. Kurmäßig ist auch die **Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie** empfehlenswert, die einen vergleichbaren Denkansatz verfolgt. **Entsäuerung** des Stoffwechsels ist durch Ernährungsumstellung dringend anzuraten. Nach neuesten Forschungen vermindert der Einsatz von **Acetylsalizylsäure** (ASS) in niedriger Dosierung das Infarktisiko um 47%. Zu beachten ist hierbei, daß in der Verumgruppe eine leichte Zunahme apoplektischer Insulte zu verzeichnen war, so daß diese Therapieform bei familiärer Häufung von Schlaganfällen nur bei strenger Indikationsstellung Anwendung finden sollte. Die **Chirotherapie** ist bei Blockierungen vor allem im HWS- und BWS-Bereich einzusetzen.

Aus forensischen Gründen sei hier darauf hingewiesen, daß wegen der möglichen lebensbedrohlichen Konsequenzen stets eine Mitbehandlung durch einen Arzt anzustreben ist.

Bibliografie:

- Aschner, B., Lehrbuch der Konstitutionstherapie, 8. Aufl., Stuttgart 1986
- Dosch, P., Lehrbuch der Neuraltherapie, 2. Aufl., Heidelberg 1986
- Heinze, F., Gezielte Repositionstherapie, München 1983
- Herold, G., Innere Medizin, Köln 1987
- Halhuber, C. (Hrsg.), Notfälle in der Inneren Medizin, 10. Aufl., Wien, München, Baltimore 1987
- Schettler, G., Innere Medizin, 7. Aufl., Stuttgart, New York 1987
- cedip GmbH, consilium cedip Naturheilweisen, 3. Aufl., München 1987
- MSD Sharp & Dohme GmbH, MSD-Manual, 3. Aufl., München, Wien, Baltimore 1984

