

Der interessante Fall

Patientin: 49 Jahre, Schulterschmerzen links seit 7 Monaten, Schmerzen beim Fensterputzen und allen Tätigkeiten in der Horizontalen,
weitere anamnestische Angaben: Obstipation, Cephalaea 2 x pro Monat über 3-4 Tage, Dysmenorrhoe, Parodontose mit Zahnfleischblutungen sowie Schmerzen im Zahnfleisch

Röntgen linkes Schultergelenk:

Im Röntgen zeigt sich eine deutliche subacromiale Calcinosis 0,5 x 1,5 cm in der Ausdehnung.

Frühere Krankheiten:

Appendektomie im 4. Lebensjahr

AK-Befunde:

Normotonus; TL: Hypophyse, Thymus, Dünndarm, Ly2, TE, Schulter links über dem tuberculum majus sowie zu den PA Taschen.

Nahrungsmitteltest:

Unverträglichkeit auf Weizen.

Zu den PA-Taschen testeten positiv: Folsäure, Co-Enzym Q 10, Vitamin C sowie Basenpulser II und Mixtura thymi oleosa.

Die TL zum Thymus, zur Hypophyse und zum tuberculum majus der linken Schulter wurden mit viscum album in Form einer Isorel A-Ampulle aufgehoben.

Am 13.11.1997 begann ich erstmals mit einer Quaddelserie mit Isorel A der Stärke 6, zur Hälfte verdünnt mit Xyloneural, wobei die Patientin 2 x wöchentlich erschien und davon 1 x eine Quaddel am Akupunkturpunkt Dünndarm 10, hinteres Acromionende sowie auf 3 E 14 Mitte-Acromion etwas distal erhielt. Das zweite Mal pro Woche erhielt sie eine Quaddel am ventralen Acromionende wo der Akupunkturpunkt Dickdarm 15 liegt und wiederum auf 3 E 14.

Da die Isorel A, Stärke 6 nicht die gewünschte Reaktion in Form von leichten Schmerzen und Brennen verursachte, steigerten wir sofort auf die Stärke 12 und von da an in Cooperation mit der Patientin jeweils 2 x wöchentlich bis zum 23. Feber 1998. Dabei waren wir an der Stärke Isorel A 60 angelangt.

Als die Patientin angab, daß sie trotz Sturzes beim Schilaufen keinerlei Schmerzen mehr in der linken Schulter verspüre, wurde ein Kontrollröntgen veranlaßt. Das Kontrollröntgen vom 20. Feber 1998 zeigt völlig blande knöcherne Verhältnisse und keinerlei Hinweis auf irgendwelche Verkalkungsherde. Die TL am tuberculum majus der linken Schulter sowie der Hypophyse waren ebenfalls verschwunden. Nebenbei gab die Patientin an, daß sie seit Ende Dezember 1997 keine Kopfschmerzattacken mehr verspürt hätte, ihre Zahnfleischschmerzen und -blutungen waren Mitte Jänner 1998 ebenfalls verschwunden.

Die Mistel, sowohl in Form von Misteltinktur, also in Form des viscum album, erweist sich als äußerst hilfreiches Therapeutikum bei Dysbalancen im hormonellen System. Die so häufig auftretenden Omarthralgien im prae- und menopausalen Alter sind sicherlich auf Störungen des hormonellen Haushaltes inklusive des Säure-Basen-Haushaltes zurückzuführen.

In diesem konkreten Fall dürfte einerseits die lokale Reiztherapie mit konsekutiver Mehrdurchblutung als auch die Beeinflussung des Säure-Basen-Haushaltes und Hormonhaushaltes durch die Basenpulver und viscum album den therapeutischen Erfolg gebracht haben.

SCHWERMETALLAUSLEITUNG MIT DMPS (Praxiserfahrung)

In der Zeit vom Februar 1996 bis April 1998 führte ich bei 148 Patienten Schwermetallausleitungen durch. Bei einer Gesamtzahl vom 3.500 Patienten sind dies 4 %.

Für die Schwermetallausleitung bzw. -testung benützte ich das Mittel DMPS - von der Fa. Heyl - das als Wirkstoff das Natriumsalz der 2, 3-Dimercaptopropan-1-Sulfonsäure enthält. Das DMPS erwies sich als eine sehr verträgliche Substanz, denn es traten nur bei 4 Patienten, das sind 2,8 %, Nebenwirkungen auf. Zweimal waren es leichte Reaktionen im Form von Übelkeit und verstärktem Speichelfluß sowie Cephalaea. Eine Patientin hatte eine lokale Reaktion mit Rötung und Juckreiz am betreffenden Unterarm, die ohne weitere Therapie innerhalb von 20 Minuten abklang. Lediglich eine Patientin bekam leichte Atemnot, Tachykardie und Blutdruckabfall auf 90/60, wobei sich auch diese Situation ohne weitere Therapie innerhalb von 15 Minuten stabilisierte. Bei allen 4 beschriebenen Patienten war es eine einmalig durchgeführte DMPS-Injektion. Die Injektionsdauer betrug 3-5 Minuten.

Anzahl der durchgeführten DMPS-Test pro Patient:

1x	2x	3x	4x	5x
120 Pat.	17 Pat.	7 Pat.	2 Pat.	2 Pat.

Die laborchemische Analyse erfolgte mittels Atomabsorptionsspektrometrie am Universitätslabor Prof. DDr. O. Lorenz in Graz. Die gemessenen Werte wurden auf die Kreatinin-Clearance bezogen.

Die Normalwerte betragen für Quecksilber 0-20 µg/g Kreatinin

Blei 0-50 µg/g Kreatinin

Cadmium 0,12-2,58 µg/g Kreatinin

Bei insgesamt 28 Patienten wurde der DMPS-Test mehrmals wiederholt, wobei die durchschnittliche Senkung der Quecksilberwerte pro Test 225,4 µg/g Kreatinin betrug, die höchste Senkung pro Test konnte mit 2400 µg/g erzielt werden, wobei insgesamt die Tendenz bestand, daß je höher der Ausgangswert war, umso intensiver die Mobilisation der Schwermetalle erfolgte. Einige Male (8x = 6 %) wurde vom Test zu Test eine verstärkte Mobilisierung der Schwermetalle beobachtet, den größten Anstieg hatten wir mit 600 µg/g Kreatinin zu verzeichnen.

Die Diagnosen, welche durch den DMPS-Test am deutlichsten gebessert bzw. auch geheilt wurden, lauten:

Dysbiose-Candida	21x
periorale Dermatitis	17x

allergische Sinusitis - Rhinitis, Conjunctivitis	10x
Neurodermitis	6x
Dysmenorrhoe	6x
Haarausfall	5x
Psoriasis	4x
chron. rezidiv. Cystitis	4x
Akne	4x
Tremor, innere Unruhe	4x
Parodontose	3x
Astma	3x
Migräne	2x
PCP	2x
Infertilität	1x

Bei folgenden weiteren Diagnosen führte ich ebenfalls eine DMPS-Test durch, ohne eine klinische Besserung zu bemerken:

Collitis ulcerosa	2x
Rezidiv. Muskeleinrisse	1x
Tinnitus	3x
Alopecia areata	
Myastenia gravis	1x
Fibromyalgie	1x
Chorioretinitis	1x
chron. Prostatitis	2x
chron. orale Fisteln	1x
Vertigo	3x

Von den 148 Patienten dürfte es für 12 Patienten der entscheidende therapeutische Schritt gewesen sein. Zwar ist die Beurteilung durch ein lineares Denkprinzip sicher nicht gerechtfertigt, aber die klinische Besserung nach dem DMPS-Test war so gravierend bzw. die Werte waren auch dementsprechen erhöht, daß man sehr vorsichtig von einer causalen Therapie sprechen dürfte. Das hieße, daß die Schwermetallausleitung bei ca. 8% meiner Patienten „schlüssig“ gewesen sein dürfte, dies wären 0,3 % am Gesamtpatientengut.

Der höchste gemessene Bleiwert bei einem Patienten betrug 1.055 µg/g Kreatinin. Dieser Patient wies eine dementsprechende berufliche Belastung auf, (bleiverarbeitende Industrie) er war jedoch symptomlos.

Der höchstgemessene Quecksilberwert betrug 3.675 µg/g Kreatinin. Dieser Patient hatte folgende Diagnosen:

- periorale Dermatitis
- Haarausfall
- rezidiv. Candidiasis
- Dysbiose

und war nach 5 nebenwirkungslosen Ausleitungen völlig beschwerdefrei.

Die Intervalle zwischen den Ausleitertermen betragen im Mittel 4-6 Wochen, wobei wir eingangs das Substitutionsschema nach Prof. Daunderer verwendeten und nach erfolgter Vollblutanalyse (im gleichen Labor) eine spezifische Substitution durchführten.

Die durchschnittliche Quecksilbersenkung pro DMSA-Schema (10 mg/kg KG) betrug 48 µg/g Kreatinin. Der Bleiwert hatte keine signifikante Korrelation. Cadmium war meistens bereits nach der ersten Ausleitung im Normbereich.

Insgesamt erwies sich das DMPS der Fa. Heyl als eine sehr verträgliche Substanz soweit man bei dieser Fallzahl eine vorsichtige Einschätzung durchführen darf.

Zum Abschluß noch eine nur teilweise lustige Anekdote:

Ein Spitzenradfahrer ließ sich insgesamt 16 Amalgamplomben an einem Tag im nahegelegenen Slowenien ausbohren und kam tags darauf zur Schwermetallausleitung in die Ordination. Als dieser Patient nach 1 Stunde die Urinprobe abgab, rief mich meine Gattin aufgeregt hinzu, weil die Urinfarbe einer Colamischung glich. Als mir der Patient mehrfach glaubwürdig versicherte, daß das sein eigener Urin sei und keine Coca Cola, dachte ich bereits an stärkere Nierenkomplikationen und rief meinen Kollegen Dr. Harald Stossier im Golfhotel an. Als ich erfuhr, daß er bereits ähnliches nach so radikalen Amalgamsanierungen erlebt hatte, konnte unser Praxisalltag wieder aufgenommen werden.

Allgemein:

Nach Afrika, Asien und Lateinamerika ist Europa ein Jodmangelgebiet. Durch die Gletscher der Eiszeit und den daraus entspringenden Gewässern wurden die Böden vom Jod ausgelaugt.

In Deutschland werden jährlich ca. 90.000 Kropfoperationen durchgeführt (dritthäufigste Operation). Die Essentialität von Jod war ausschließlich durch die Funktion als Schilddrüsenhormonbestandteil bedingt. In neuester Zeit wurde die Funktion als Antioxidanz- und Radikalfänger entdeckt.

Indikation: Schilddrüsenfehlfunktion
 Kropfprophylaxe
 Arteriosklerose
 Schwangerschaft

Interaktionen: negativ: kompetitive Hemmung des Jodeinbaus durch Perchlorat, Thiozyanat, Pertechnetat, Nitrat und Fluor (in Herbiziden, Insektiziden, Fungiziden und Lebensmittelzusätzen).
 positiv: Selen: Die Dejodierungsprozesse in der Schilddrüse sind selenabhängig - Österreich, Deutschland gehören ebenfalls zu den Selenmangelgebieten.

Körpergehalt: 10 - 15 mg, davon 80 % in der Schilddrüse.

Resorption: 100 %ige Aufnahme sowohl des jonogenen als auch organisch gebundenen Jods im Dünndarm.

Ausscheidung und Normwerte: Über Niere, Faezes und Schweiß. Aus der Jodurie kann auf die enterale Verfügbarkeit des Nahrungsjods geschlossen werden.

Sollwert: Urin-Jodausscheidung über 150 µg/g Kreatinin/Tag.

Grad 0: 100 - 150 µg/g Kreatinin

Grad 1: 50 - 100 µg/g Kreatinin

Grad 2: 25 - 50 µg/g Kreatinin

Grad 3: unter 25 µg/g Kreatinin

Tagesbedarf: 150 - 200 µg; in der Schwangerschaft und Stillzeit bis 300 µg.
 Die durchschnittliche Jodnahrungszufuhr pro Tag beträgt in Deutschland 50 - 75 µg.

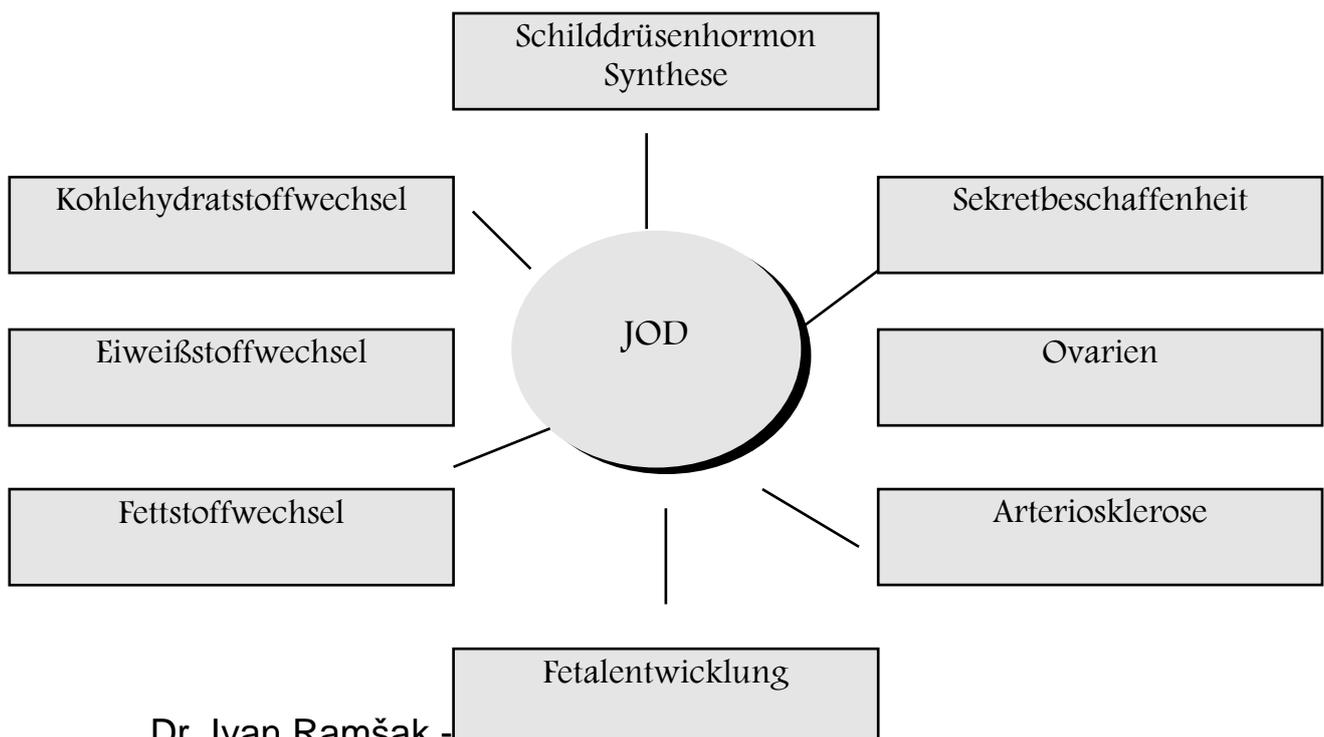
Vorkommen: Meeresfische - hier vor allem Scholle, Krustentiere, Seelachs -
Eier, Milch und Milchprodukte, sowie jodiertes Speisesalz.

- AK-spezifisch:**
- Teres minor beidseits Schwäche/Hypertonus
 - SCM-Schwäche beidseits
 - Ovarielle Fehlfunktion (Ovarien haben den zweithöchsten Jodgehalt)
 - diskrete Jodmangelsymptome - chronische Sinusitiden
 - zähe, dicke Sekrete überall im Körper (Jod fördert Mucinaseaktivität)
 - starke Druckschmerzhaftigkeiten am Rückenknorpel parasternal
 - Symptome, die sich beim Wechsel von Jahreszeiten und Kälteperioden verstärken

Dosierung: Prophylaxe: 200 - 300 µg

Therapie: 0,5 - 1 mg

Überdosierung-Toxizität: Joditmyödem: Unterfunktion ausgelöst durch länger-dauernde Zufuhrmenge von 2 mg/Tag
Jodakne: Akneverschlechterung bei zu hoher Joddosis
1 - 2 mg/Tag
Autonomer Knoten: kann zu akuter Überfunktion kommen



COBALAMIN-VITAMIN B₁₂

Einleitung:

B₁₂ wird eine Gruppe ähnlicher Molekülverbindungen benannt, die ein zentrales Cobaltatom besitzen. Es wurde als letztes der bekannten Vitamine 1948 isoliert. Synthetische Formen des Vitamin B₁₂ sind Hydroxy-, Cyano- und Methylcobalamin.

Indikationen:

Perniziöse Anämie - Mangel an Intrinsic-Factor

Neuropathien: - MS

- Herpes-Trigeminusneuralgien

- diabetische Neuropathien

Psychische Störungen

Arteriosklerose - Senkung des Homozystenspiegels

Interaktion:

negativ: Magen-Darm-Erkrankungen - Resorptionsdefizite

Lebererkrankungen

Alkoholismus, Rauchen

Medikamente - Orale Kontrazeptiva etc.

positiv: Folsäure - Umwandlung in die aktive Form der Folsäure und synergistische Wirkung

Vitamin B₆ - synergistische Wirkung bei psychischen Störungen und Neuropathien

Körpergehalt:

1 - 5 mg, davon 50 - 90 % in der Leber

Resorption:

das Protein - Intrinsic-Factor wird im Magen ausgeschüttet und ermöglicht die Resorption im Dünndarm. Orale B-12 Präparate werden nur zu 1 % resorbiert.

Normwerte:

wird Dr. Harald Stossier ergänzen

Ausscheidung:

über die Leber

Tagesbedarf:

2-3 µg/Tag, Schwangerschaft und Stillzeit 3-5 µg/Tag

Vorkommen:

in erster Linie tierische Nahrungsmittel wie Leber, Niere, Fische, Ei, Milch

AK-spezifisch:

TFL-Schwäche beidseits - Eisenstoffwechsel

PMC-Schwäche beidseits - HCL-Mangel

Schwermetallbelastung - Hg oxidiert das zentrale Cobaltatom

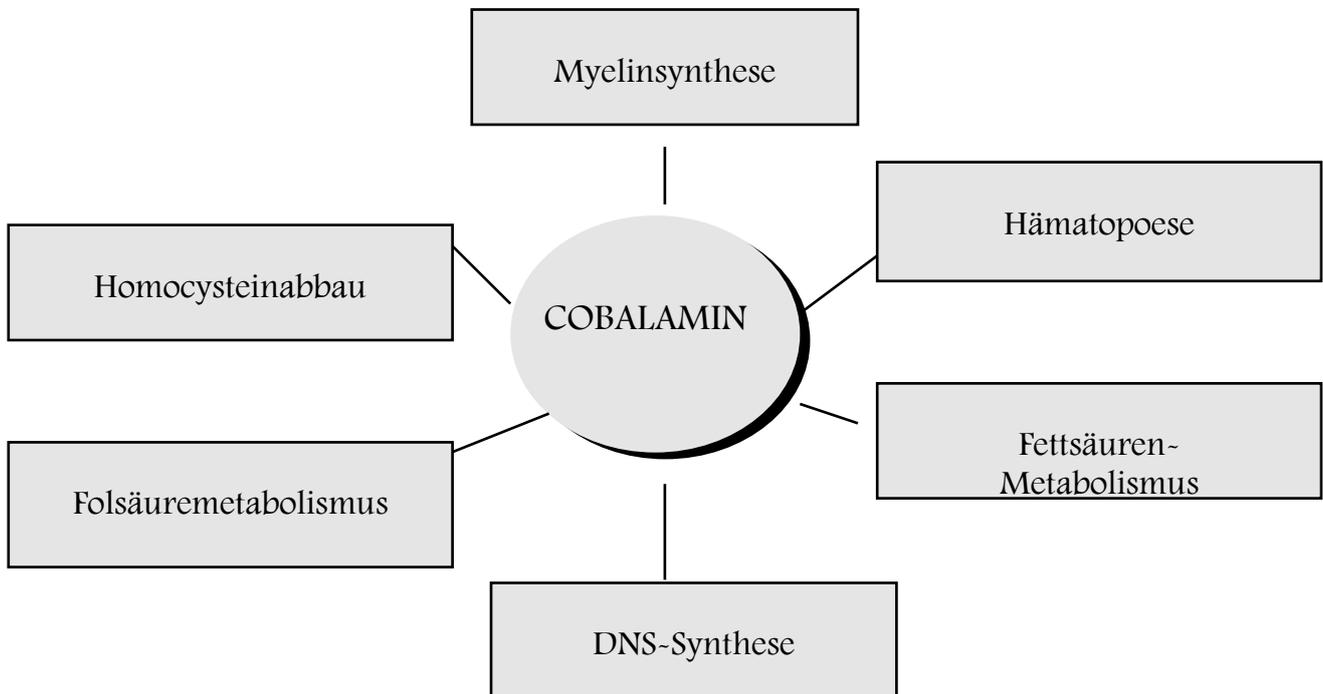
Dosierung:

1-3 mg parenteral

Überdosierung-Toxizität: bei oraler Verabreichung wurden bisher keine toxischen

Dr. Ivan Ramšak - www.ramsak.at

Reaktionen beschrieben. Bei parenteraler Verabreichung kam es zu anaphylaktischen Reaktionen, die jedoch auf die Additiva in den Injektionslösungen zurückzuführen sind.



Folsäure - Vitamin B₉

Allgemein:

In den Industrieländern sind die Folate wahrscheinlich jene Vitamine, bei denen am häufigsten ein Mangel auftritt. Unter Folate faßt man mehrere Substanzen zusammen: die freie Folsäure und die Derivate: Tetrahydrofolsäure, Polyglutamylfolat, Methyltetrahydrofolsäure und andere. Hauptspeicherort ist die Leber.

Indikation: Arteriosklerose - Senkung des Homocystenspiegels

Prävention von Geburtsfehlern

Psychische Störungen

Alkoholismus

Lebererkrankungen

Interaktion: negativ: Medikamente: Kontrazeptiva, Zytostatika, Antimalariamittel, Antikonvulsiva, Antiepileptika

Resorptionsstörungen im Magen-Darm-Trakt: Colitis Ulcerosa, Mb. Crohn, Darmresektionen

positiv: Vit. B₁₂ - erhöht Folspeicher und überführt sie in die aktive Form

Vit. B₆ - Co-Faktor bei den Methylierungsprozessen

Körpergehalt: 5-10 mg - davon ist die Hälfte in der Leber

Resorption: Aktive Aufnahme als Monoglutamat im Dünndarm,

der Aufnahme prozeß zeigt eine Sättigungskinetik

Bioverfügbarkeit ist 40 %, abhängig von Monoglutamatgehalt;

20 % des Polyglutamats ist resorbierbar,

100 % des Monoglutamats wird aufgenommen

Normwerte: Serum 3 - 6 ng/ml, in Erythrozyten 140 - 160 ng/ml

Ausscheidung: 1 - 12 ng täglich über die Niere, entspricht 1 - 15 % der täglichen durchschnittlichen Folatezufuhr (90 ng)

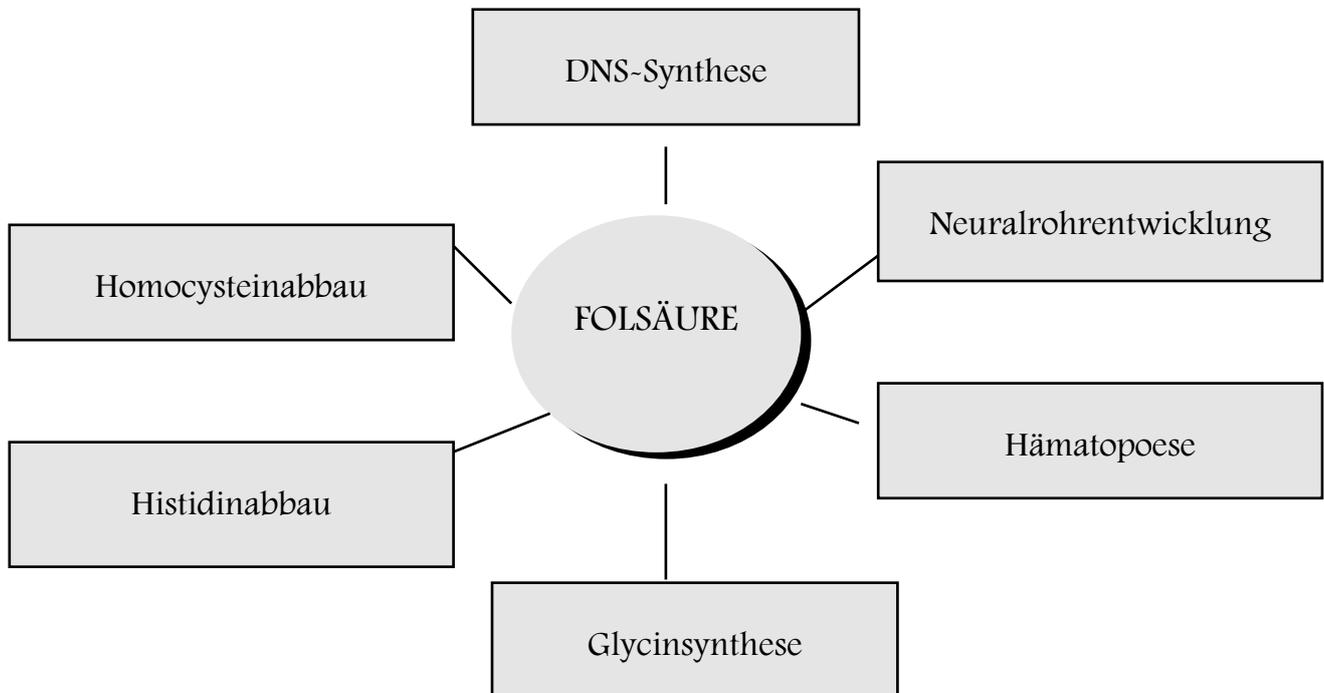
Tagesbedarf: 0,1 - 0,3 mg/Tag

Vorkommen: Weizenkeime, rote Bohnen, Weizenkleie, Spinat, Kalbsleber, Hühnerei, Milch, grünes Blattgemüse

AK-spezifisch: TFL-Schwäche beidseits - Eisenstoffwechsel
Histaminallergien - Histidinabbau

Dosierung: Prophylaxe 0,2 - 1 mg, Therapie 5 - 10 mg

Überdosierung-Toxizität: bei Dosen von 15 mg/Tag: über längere Zeit wurden Alpträume, Erregungszustände, Depressionen und Übelkeit beschrieben. Große Mengen Folsäure senken die Wirkung von Antiepileptika - Krampfgefahr. Bei Megaloplastischen Anämien immer zuerst B₁₂-Mangel abklären bzw. substituieren, erst danach oder begleitend Folsäuresubstitution



Eisen

Allgemein:

Eisen ist das häufigste Spurenelement. Im Organismus wirksam in Form von eisenenthaltenden Proteinen, beim Transport von Sauerstoff (Hämoglobin) und in den Enzymen Katalase, Peroxidase enthalten, die Wasserstoffperoxid zerstören. 70 % des gesamten körpereigenen Eisens ist im Hämoglobin.

Indikation: Alle Zeichen der Eisenmangelanämie wie Müdigkeit; rauhe, spröde und

blasse Haut, brüchige Haare, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Rillen in den Fingernägeln, Mundwinkelrhagaden, Glositis und Infektanfälligkeit, reduzierte Leistungsfähigkeit beim Sportler

Interaktionen: negativ: Resorptionshemmung durch Phosphate, Gerbstoffe und Phytinsäure, Schwermetalle wie Blei, Cadmium
positiv: Vitamin C - verbessert Fe-Resorption
Vitamin B₁₂ - Hämoglobinsynthese
Folsäure - Hämoglobinsynthese

Körpergehalt: 4 - 5 g, 70 % davon als Hämoglobin - der Rest im RES

Resorption: im Dünndarm an Apoferritin gebunden, dessen Menge umgekehrt proportional dem Serumeisenspiegel ist, „Mucosablock“ 10 % des Nahrungseisens wird resorbiert. Nur zweiwertiges Eisen wird aufgenommen

Normwerte: siehe Dr. Stossier

Ausscheidung: 1 - 2 mg/Tag, hauptsächlich durch den Stuhl

Tagesbedarf: 10 - 15 mg, in der Schwangerschaft bis 50 mg/Tag

Vorkommen: Austern, Sojamehl, Leber, Linsen, Haferflocken, unpolierter Reis, Fleisch allgemein

AK-spezifisch: TFL-Schwäche beidseits - Anämie
aerobes Defizit
Diaphragmaschwäche
Zink: starker Zinkmangel führt meist zu Eisen

Dosierung: 10-50 mg täglich

Tip: die Homöopathika Ferrum-Phosphoricum, Ferrum-Metallicum und Ferrum-Citricum stabilisieren oftmals alleine den Eisenhaushalt

Überdosierung-Toxizität: Magen-Darm-Beschwerden und harmlose Dunkel-färbung des Stuhls. Da Eisen eine oxidative Belastung darstellt, soll eine Überdosierung vermieden werden.

