

✉ T. Ots

## Beobachtungen zur Ohrakupunktur in der Therapie eines massiven Schultertraumas\*

### Vorgeschichte

(Vorbemerkung: Damit die Ohr-Fotos verstanden werden können, muss ich zunächst auf eine vorangegangene und parallel weitergeführte Therapie des Patienten eingehen.)

Erstkontakt Nov. 2009. Mag. S.H., ein rüstiger 81-jähriger pensionierter Lehrer (Mathematik, Physik) mit einem seit 50 J. gehegten Hobby – alpines Berg-Klettern sowie Klettern in der Halle; erreichte Stufe 5b im Vorstieg und 6a im Nachstieg (leichter Überhang). Vor drei Jahren habe sich ein eigenartiger Befund eingestellt: Schon nach 50 Metern Gehstrecke müsse er vor Schmerzen im rechten Gesäß, etwas ausstrahlend in den Oberschenkel im Segment L5/ S1, stehen bleiben. Das Klettern hingegen verlaufe normal, der Schmerz trete erst nach dem Duschen in der kalten Umkleidekabine auf. Er sei orthopädisch und neurologisch durchuntersucht. Die Ärzte hätten seine lumbalen Foramenstenosen als ursächlich benannt, er selber glaubt, dass er sich bei einem Sturz am Berg Ararat vor vier Jahren, wo er auf das Gesäß gefallen sei, die Markscheide des N. Ischiadicus verletzt habe. Physiotherapie habe bislang keine Besserung gezeigt.

**Untersuchung:** auffälliger Befund: die typischen Triggerpunkte des M. piriformis nach Travell und Simons (s. Abb. 1).

**Diagnose:** V. a M. Piriformis-Syndrom, evtl. auf Basis eines Hämatoms durch Sturz-Trauma

### Therapie

- Körper-Akupunktur (R): paravertebral L4 bis S2, 5 cm-Nadeln über den Piriformis-Triggerpunkten (ca. Gb 30 und Bl 30/Bl 54), Gb 34, Bl 60; Du 20-Le 3
- Ohrakupunktur (R): Bei Testung mit dem Beijing Electr. Acupunctoscope WQ-10C2 zeigen sich stark empfindlich (akustisches Signal): Hüfte, ISG/Ischiaszone, (manchmal auch Ischias hüftfern = Crus inferius nahe aufsteigender Helix, PT1; leicht empfindlich: *Shenmen* (55) (s. Abb. 2). Manchmal zeigt sich auch eine mittlere Empfindlichkeit in der unteren BWS/obere LWS. Nach Nadelung komplementärer Einsatz von Druckpflastern bzw. ASP-Dauernadeln.

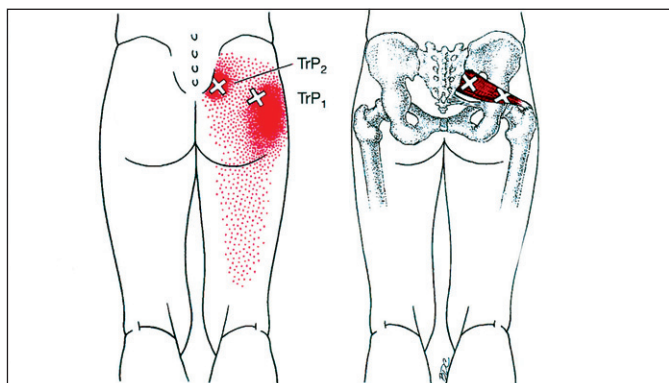


Abb. 1: Kombiniertes Schmerzmuster (*hellrot*) von Triggerpunkten (TrPs, X) im rechten M. piriformis (*dunkleres Rot*). Das laterale X (TrP<sub>2</sub>) entspricht der häufigsten Lage eines Triggerpunktes. Die *rote Tüpfelung* markiert die Nebenschmerzzone, in der der Schmerz u. U. weniger intensiv empfunden wird als im Hauptbereich (*flächiges Rot*). Die Nebenschmerzzone kann auch fehlen. [1:201]

c) Wärmelampe über rechtem Gesäß (TDP, China)

d) Anleitung zu Dehnungsübungen der Gesäßmuskulatur

### Verlauf

Nach der dritten Therapie erstmalig kein einschießender Schmerz in der Duschkabine; weiterer Verlauf etwas schleppend, gar mit einer Verschlechterung nach der fünften Sitzung. Ich entschieße mich zur Anwendung von 10 cm langen Nadeln, Insertionstiefe bis zu 8 cm. (Auslösung eines *De-Qi*-Gefühls über Gb 30 jetzt deutlicher; bei dem mehr medial liegenden TrP kein *De Qi* auslösbar). Danach zügige Verlängerung der Gehstrecke, längeres Schneeschaukeln ohne Beschwerden.

### Ergebnis

Nach zwölf Therapien (Februar 2010) ist der Patient beschwerdefrei. Er wünscht eine monatlichen Erhaltungstherapie („zur Sicherheit“).

### Wiedervorstellung am 14. September 2010

Vor drei Wochen war Herr. H. beim Klettern auf Kalymnos ins Seil gestürzt, wobei die rechte Schulter massiv lädiert wurde. Bislang nur Diagnostik und Physiotherapie-Empfehlung seitens Orthopädie.

**Inspektion:** Aktive Abduktion des rechten Armes nur um ca. 30 Grad möglich (s. Abb. 3); die Beugung nur mäßig eingeschränkt.

### Befunde

MR (gekürzt):

- kompl. Ruptur Supraspin.-Sehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes unter das Akromion, transversale Defektausdehnung 2,3 cm; Degen. Atrophie und lipomatöse Degen. M. supraspinatus; übrige Ansatzsehnen der Rotatorenmanschette degen. hochgradig verschmälert mit erhaltener Kontinuität



Abb. 2: Punkte von oben nach unten: *Shenmen*, Hüfte/ISG, Ischiaszone, untere BWS, PT1 (2/2010)

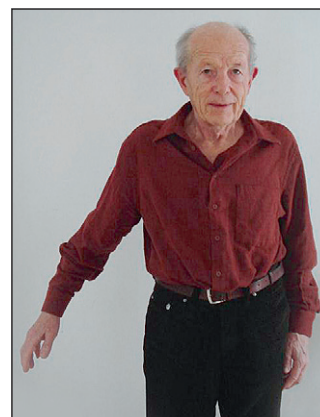


Abb. 3: Maximale Abduktion drei Wochen nach Trauma (9/2010)

- kompl. Ruptur lange Bizepssehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes, Erguss bzw. Hämatom in langer Bizepssehnen Scheide
- Hill Sach'sche Impressionsfraktur Caput humeri, Dislokation e. schalenartigen ossären Fragments nach antero-inferior in Recessus axillaris (Bankart-Läsion); anteriores Labrum vom Glenoidvorderrand im antero-inferioren Aspekt abgehoben
- Erguss intraartikulär, ausgeprägtes periläsionales Hämatom und Ödem (HAGL-Läsion).
- Akromioklavikulararthrose mit mäßigen osteophytären Ap- positionen an der Unterfläche, humeroakromiale Distanz auf 4 mm verkürzt

**Diagnostik:** Testung des rechten Ohres mittels meines Ohr-Potentiometers WQ-10C2 zeigt im Bereich Schulter/Oberarm sieben maximale Signale (s. Abb. 4). Normal ist ein Signal in der Veg. Rinne nahe Punkt Schultergelenk (64) [2:49] (= 64/VR; s. Fortbildung in dieser Ausgabe).

#### Therapie:

Wöchentliche Ohrakupunktur (R) gemäß Testung sowie Körper-Akupunktur (R): Fernpunkte Di 4, 3E 5, Dü 3; lokale Punkte: Di 14, 15; 3E 13, 14; Erwärmung der Schulter mittels TDP-Lampe. Insgesamt 13 Sitzungen.

Zusätzlich: Seine Physiotherapeutin behandelt ihn mit wöchentlichen Tapes (s. Abb. 5). Ziel: Entlastung von Supraspinatus, Bizeps und Deltoideus sowie Stabilisation des Schultergelenks. Ab Mitte November zusätzlich Aufbautraining mittels Theraband. Außerdem fährt Herr H. täglich auf dem Ergometer: „Für die Durchblutung der Schulter.“

#### Verlauf

Von Sitzung zu Sitzung erstaunliche Steigerung der Abduktionsfähigkeit des rechten Armes (minimaler Unterschied zwischen Biceps rechts und links). Parallel zur Besserung vermindern sich die aktiven Ohrpunkte der Schulter/Oberarmregion (s. Abb. 6). Am 20. Dezember 2010 (nach 13. Therapie) nahezu völlige Wiederherstellung der Funktionen des rechten Armes. Herr H. berichtet begeistert, dass er wieder geklettert sei, nahezu ohne Einschränkung gegenüber vor dem Trauma.

#### Schlussbemerkung

Nach der durch MR bestätigten massiven Läsion (auf Grundlage älterer altersentsprechender degenerativer Veränderungen) war die

weitgehende Wiederherstellung der Funktionen der rechten Schulter in dieser Geschwindigkeit von mir nicht erwartet worden. Sie weist auf die Komplexität von Schulterläsionen hin, d. h. auf die erheblichen funktionellen Anteile und die damit verbundenen Reserven. Sie wird weiterhin durch die Kombination von Körper- und Ohrakupunktur, Physiotherapie mit Taping, lokaler Erwärmung, vor allem aber auf dem Boden jahrelanger Fitness, der weitergeführten Aktivität mittels Ergometer und des großen Optimismus des Patienten erklärlich. Der Erfolg hält bis heute an (s. Abb. 7). Im September 2012 erkletterte Herr H. gar in Wyoming, USA, den 265 m hohen Devil's Tower in persönlicher Rekordzeit.

**Eindrucksvolles Lehrbeispiel der Ohrakupunktur:** Die Art und Weise, wie sich a) das massive Trauma in den Hautwiderständen der entsprechenden Stellen des Ohres widerspiegelt. Bei Verwendung meines Messgerätes zeigt sich am Punkt 64/VR bei fast allen meiner Patienten – auch bei völliger Beschwerdefreiheit) ein maximales Signal eines 5er Schemas. Dieser Punkt 64/VR findet sich genau in der Schnittstelle der Verlängerung Null-Punkt – Helixwurzel mit der Vegetativen Rinne, und zwar abhängig davon, ob die Helixwurzel mittig, tief oder – etwas abgeknickt – etwas höher in der Concha ansetzt. Entsprechend verschieben sich die relativen Anteile der HWS und BWS auf der Anthelix (siehe Fortbildungsartikel in dieser Ausgabe). Anzumerken ist, dass die Lage des Schultergelenkes von der Bahrschen Schule deutlich höher auf der Anthelix gesehen wird. [3:44, 4:32]

Die sechs zusätzlichen, ebenfalls maximalen Signale der Akutphase bei Herrn H. wiesen viermal auf den Bereich des Plexus brachialis (M. Supraspinatus, M. biceps) sowie zweimal auf den Plexus cervicalis (im Sinne einer funktionellen Mitbeteiligung des M. trapezius) hin. b) Bei Besserung des Befundes nahmen die Signale konsekutiv in Zahl und Signalstärke ab. Ich arbeite jetzt seit 30 Jahren mit einem Potenziometer und schätze es sowohl in diagnostischer Hinsicht, zur genauen Lokalisation der Störung und des zu setzenden Nadelreizes, als auch zur Kontrolle des Therapieverlaufes.

#### Literatur

1. Travell JG, Simons DG. Handbuch der Muskel-Triggerpunkte, Bd. 2. München: Urban & Fischer 2006
2. Rubach A. Propädeutik der Ohrakupunktur. Stuttgart: Hippokrates. 3. Aufl., 2009
3. Strittmatter B. Taschenatlas Ohrakupunktur. Stuttgart: Hippokrates, 2003
4. Bahr F, Strittmatter B. Das große Buch der Ohrakupunktur. Stuttgart: Hippokrates, 2010

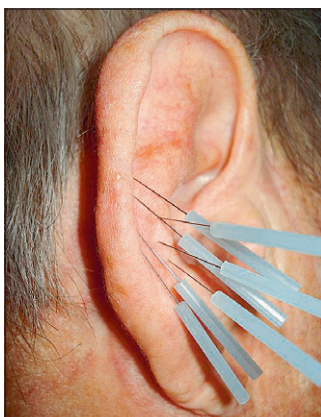


Abb. 4: Sieben Signale im Bereich von Schulter/Oberarm (9/2010)

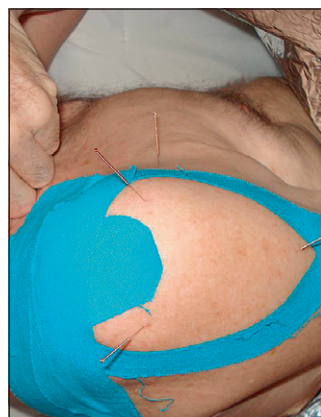


Abb. 5: Körperakupunktur und Tapes (9/2010)

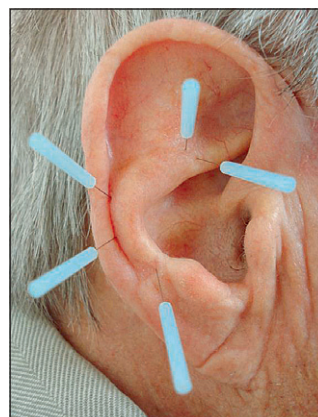


Abb. 6: Nur noch zwei Signale (links) im Verletzungsbereich (3/2011): Schultergelenk, Oberarm, Polster. Rechts oben: Hüfte, ISG/Ischiaszone

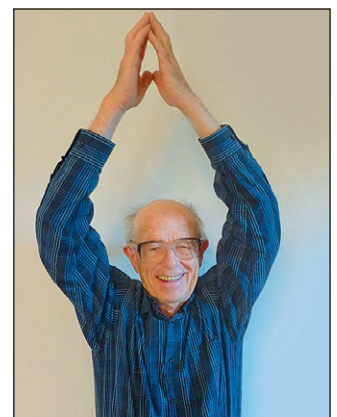


Abb. 7: Langzeiteffekt (9/2012)