

Patientenbeispiel „Gelb-Schiene“

Liebe KollegInnen,

nachfolgend stellen wir Euch einen Patienten-Fall mit Anamnese und im Bild vor, der zeigt, dass es mit Hilfe einer wirklichen "Gelb-Schiene" möglich ist, Schmerzfreiheit beim Patienten in relativ kurzer Zeit zu erzielen.

Der Fall ist deshalb so eindrucksvoll, weil der Patient vorher mit einer Schiene behandelt worden war, die die Schmerz- bzw. Befundsituation nicht ändern konnte.

13.5.05:Erstuntersuchung Praxiszentrum Sonnenläng durch W. Gerz

A: Pat. S., m, 60 J, aus Nürnberg; Empfehlung durch den behandelnden PH.
LWS- und SIG-Schmerz seit mehr als 20 J nach Hexenschuss durch zu schweres Heben. Sicher kein Prolaps. Krämpfe li OS, Adduktoren, Fuß - dann auch nach re wechselnd. Osteopathische Behandlung rechts erfolgreich; dann aber Schmerz li Flanke, Unterbauch, Glutaeus und SIG li.
Rechte Schulter seit 3 Monaten schmerzhaft eingeschränkt, v.a. IR.
Kein Erfolg durch: Akupunktur, Colon-Hydro, Calcium, Magnesium, zahnärztliche Herdsanierungen mit Extraktionen
Unverträglichkeiten: Alkohol, schwarzer Tee, Bohnenkaffee, Fruchtsäfte
>: Dehnung re, 12x Inj. mit Hyalart in re Schulter von anterior und posterior, verschiedenste Physiotherapeuten.

U: Schulter hoch li, Kopf und Becken gerade, aber palp. Ilium li post. Spine re + mit Gelenkknacken, li Ø
Vorlauf L4/5 re + mit Seitabweichung nach re, FBA 40 cm, leichte Skoliose BWS re konvex, LWS li konvex.
In Rückenlage BI Ø, kein Vorlauf, aber: Kopf in auffälliger Seitneigung nach re. Extremer Tiefbiss!

AK: GHT (Rectus, Piri, Iliopsoas je bds) - außer Infraspinatus und Subscapularis re w + schmerzhaft!

Ø: HMK --> aber SC: Histidin!!!
Re Schulter: AR/IR 30/0/45 --> NC + schmerzfrei: SMK!!

Deshalb: Labor DMPS, Vollblut/Selen, B6, B12, Folsäure, Fettsäuren, Homocystein und osteopathische Behandlung durch Uschi Baier-Wolf (UBW). Dadurch Aufhebung praktisch aller orthopädischen Befunde!

Am 17.5. Überweisung zu Zahnarzt Dr. M. zur Schienentherapie unter Mitteilung aller Testbefunde und der geplanten Vorgehensweise.

Laborergebnisse: Homocystein erhöht mit 15,1; Mg hoch, Ca, Cu und Zn niedrig; DMPS unauffällig; Omega 3 und Omega 6 niedrig; B6, B12 und Folsäure untere Normgrenze

29.6.: Tel: Laut Dr. M. angeblich Lymphstau, deshalb entsprechende Behandlung
Siehe folgendes Schreiben Dr. M. vom 17.6.:

Kurzbericht über die Untersuchung von Herrn S. am 17.06.2005:

Bei Herrn S. liegt ein Deckbiss Klasse II/2 mit starkem Höhenverlust vor. Alle vorhandenen Zähne sind vital. Im Funktionsstatus sind die meisten Muskeln des stomatognathen Systems druckschmerzhaft, ebenso das Kiefergelenk links von lateral. Es liegt eine Kiefergelenkskompression linksseitig vor. Die Mundöffnung ist mit 27 mm schmerzhaft eingeschränkt bei hartem Endgefühl.

Des Weiteren sind schmerzhaft die Adler-Langer-Punkte beidseits ab C2 absteigend, einschließlich dem Grab der Tonsillen (3E 15). Die Bisslage ist instabil, was sich auch in der posturographischen Messung durch Gewichtsunterschiede von links und rechts zeigt.

Im AK-Test findet sich, ausgehend von einem generellen Hypertonus, ein Superchallenge auf festen Biss. Der generelle Hypertonus ist aufhebbar durch manuelle Behandlung (Distraction) des Kiefergelenkes.

Nach Korrektur eines Cat II-Fehlers rechts wurde ein provisorischer Biss genommen und Modelle für eine Schienenherstellung angefertigt.

Die AK-Testungen an den Adler-Langer-Punkten sowie an den Punkten Tonsille 1 ergaben deutliche Hinweise auf eine lymphatische Belastung, die mit den Präparaten Angina compositum, Procain 0,5 % und begleitend mit Lymphdiaral aufhebbar ist.

Es wurde deshalb eine Neuraltherapie mit getestetem Procain 0,5 % Steigerwald durchgeführt und eine Ausleitung mit Angina compositum und Stützung durch Lymphdiaral begonnen.

Mit Herrn S. sind weitere Termine zur Eingliederung der Schiene nach Materialtestung vereinbart.

Dr. M. (Zahnarzt)

06.7.: Tel: Abklärung Procedere: Behandlung Tonsillen bisher ohne Erfolg.

31.8.: ZA: Schiene wird seit 6 Wochen getragen - keine Veränderung, trotz weiterhin Physiotherapie.

U: Schulter und Kopf gerade, Beckentiefstand li; Spine bds Ø, VI LWS Ø, aber: Ausgleich des Beckenschiefstandes durch Vorbeugen! FBA 10. Rückenlage BI Ø.

AK: h Rectus und Piri bds, s: Iliopsoas bds

SC: Fester Biss Schiene --> HC Inspiration Assist

Daraufhin erfolgt Korrektur der Mandibulaposition mit Watteröllchen St I auf der existierenden Schiene mit Ausgleich der Linksverschiebung --> damit Ausgleich des Beckenschiefstandes --> Konsequenz: völlig neue Schiene nötig!!!

Danach Medikamententestung aus GHT:

Ø: Angina comp., Berberis Splx, Lymphdiaral, Nieren-Tonikum, Quassia Splx, Solidago spezial,

NC: Copper glyc (PE), Homocystein Factors (PE) --> entsprechende Umstellung der Med.

Procedere: Telefonat mit Dr. Marat/Prien und UBW/Mietenkam mit der Bitte um sofortige Übernahme der Behandlung, ggf. mit neuer Schiene und erneuter osteopathischer Behandlung (s. Dok. am Ende des Artikels).

Der signifikante Unterschied zwischen der bisherigen Schiene von Dr. M. und der im Galetti-Artikulator gefundenen und dann durch die neue Schiene umgesetzten Position ist aus den nachfolgenden Aufnahmen ersichtlich!

Bilder zur Dokumentation



1 Ohne Schiene rechts



2 Ohne Schiene frontal



3 Ohne Schiene links



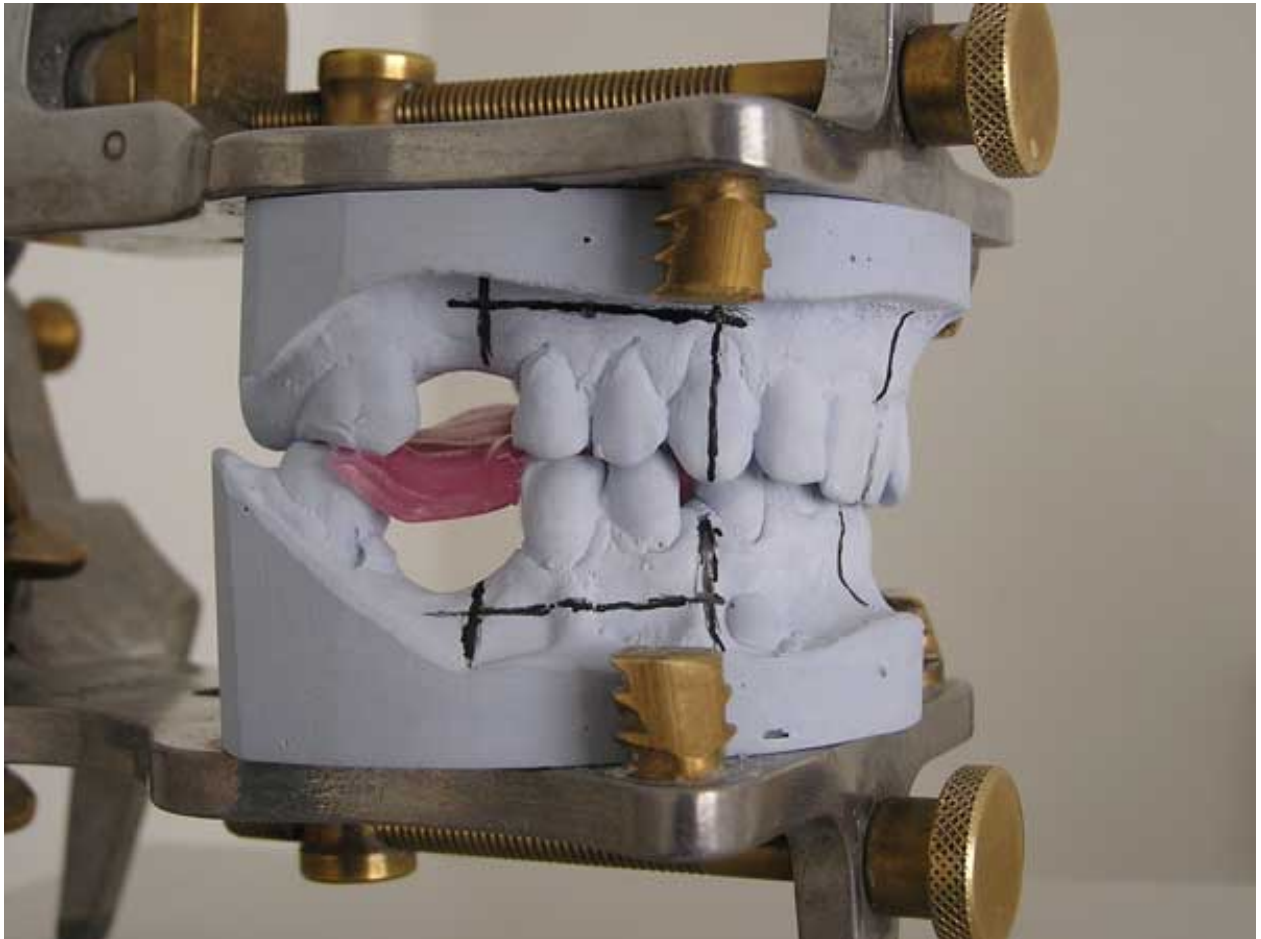
4 Alte Schiene rechts (Dr. M.)



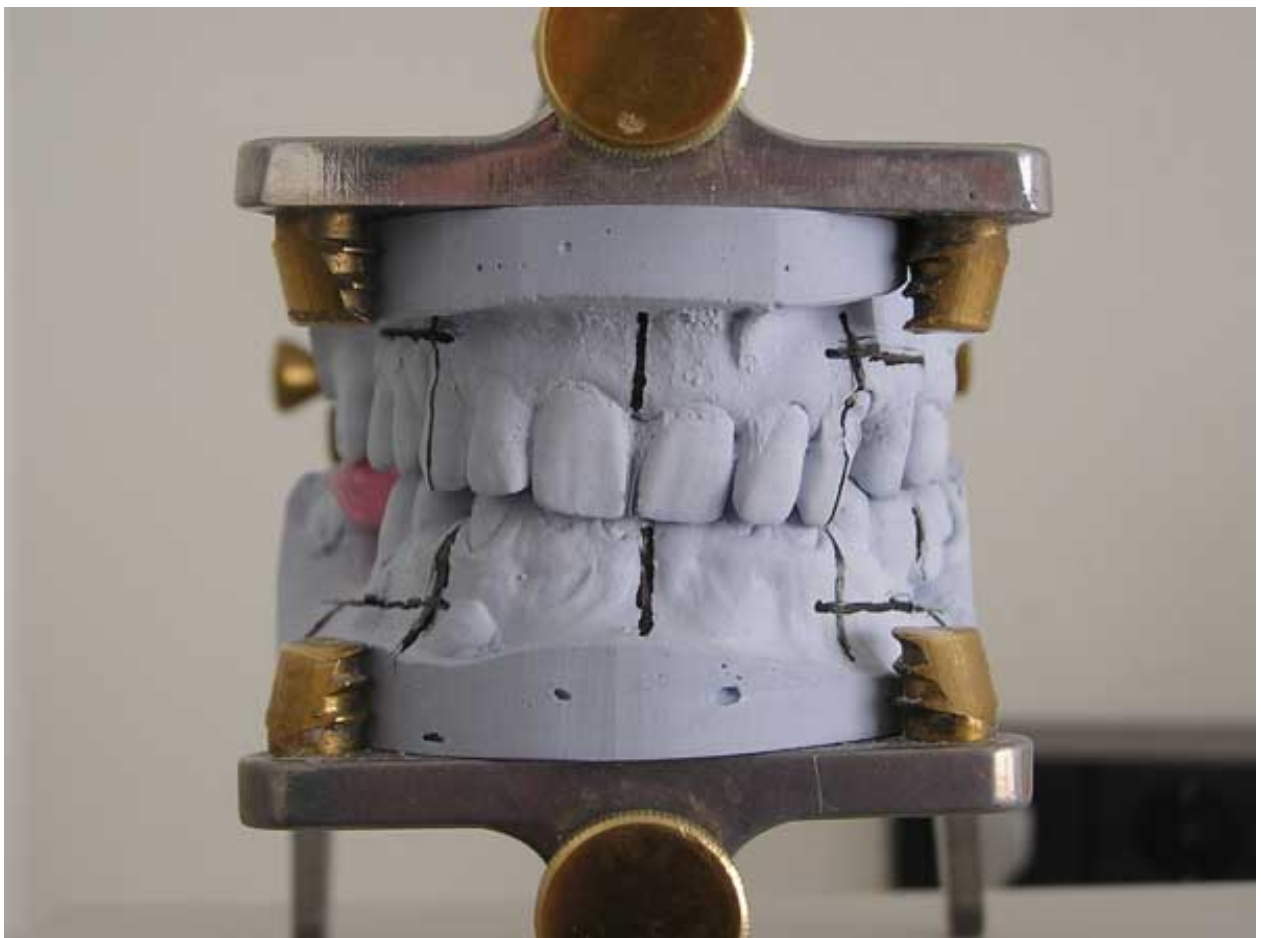
5 Alte Schiene frontal (Dr. M.)



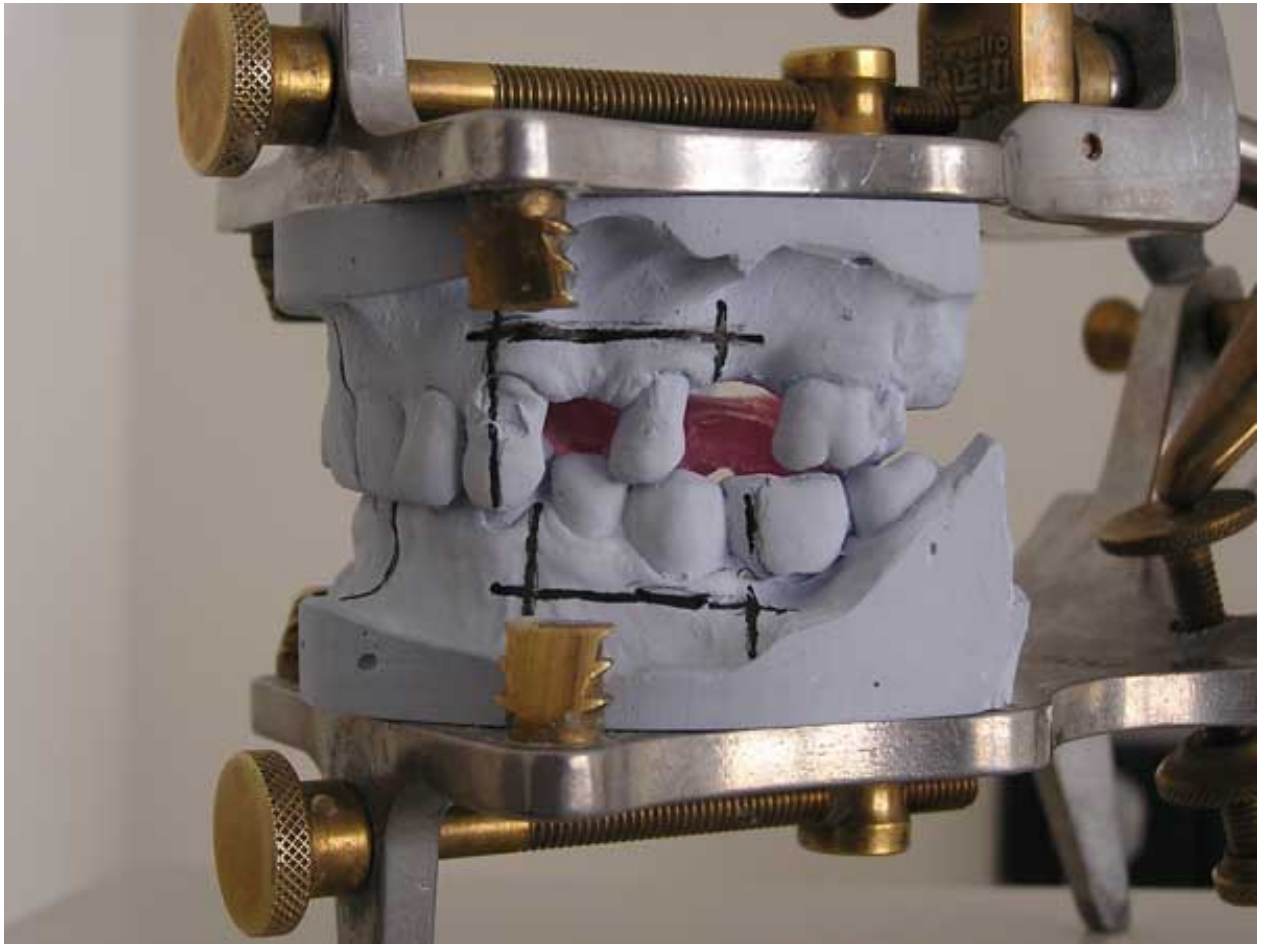
6 Alte Schiene links (Dr. M.)



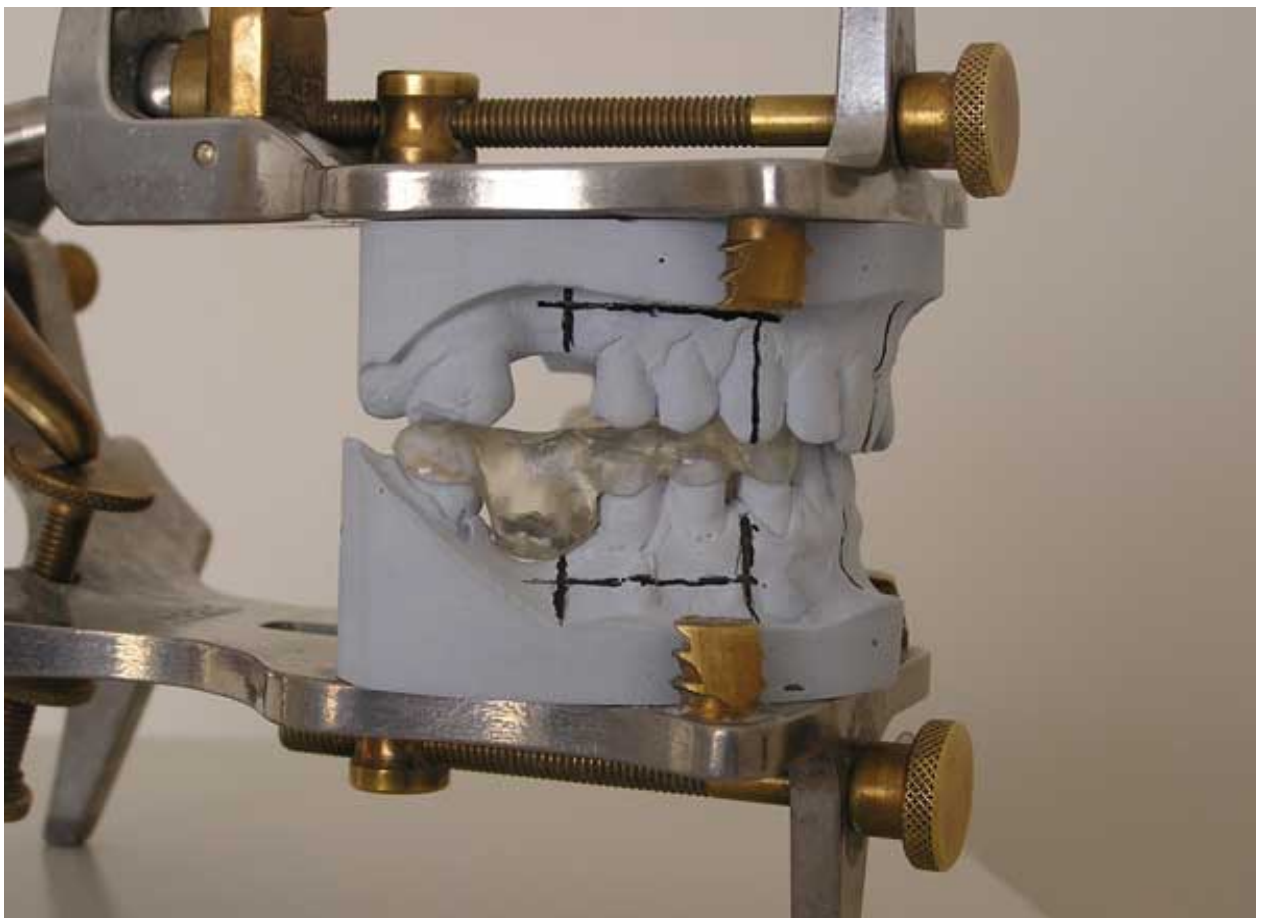
7 Galetti ohne Schiene rechts



8 Galetti ohne Schiene frontal



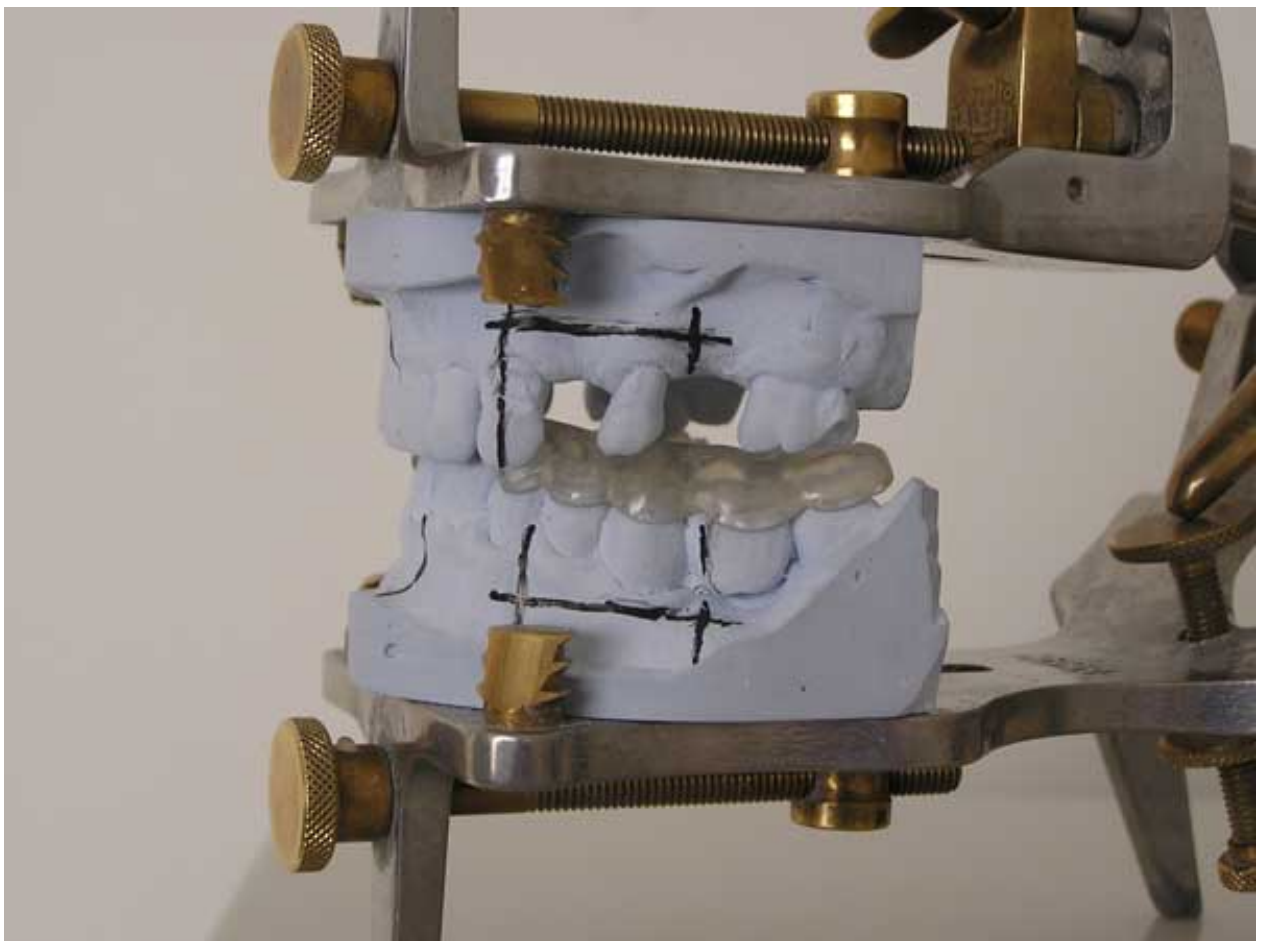
9 Galetti ohne Schiene links



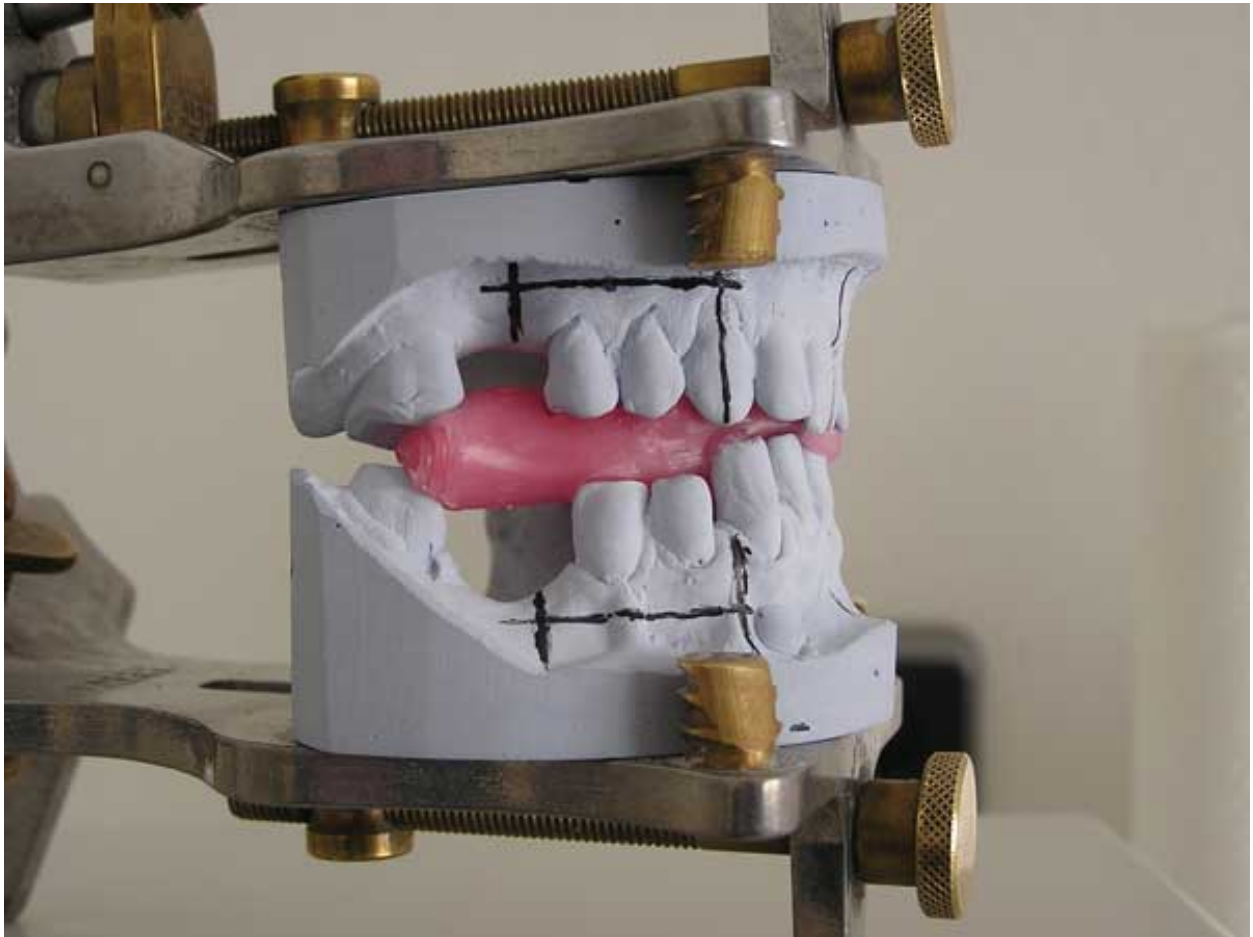
10 Alte Schiene (Dr. M.) im Galetti rechts



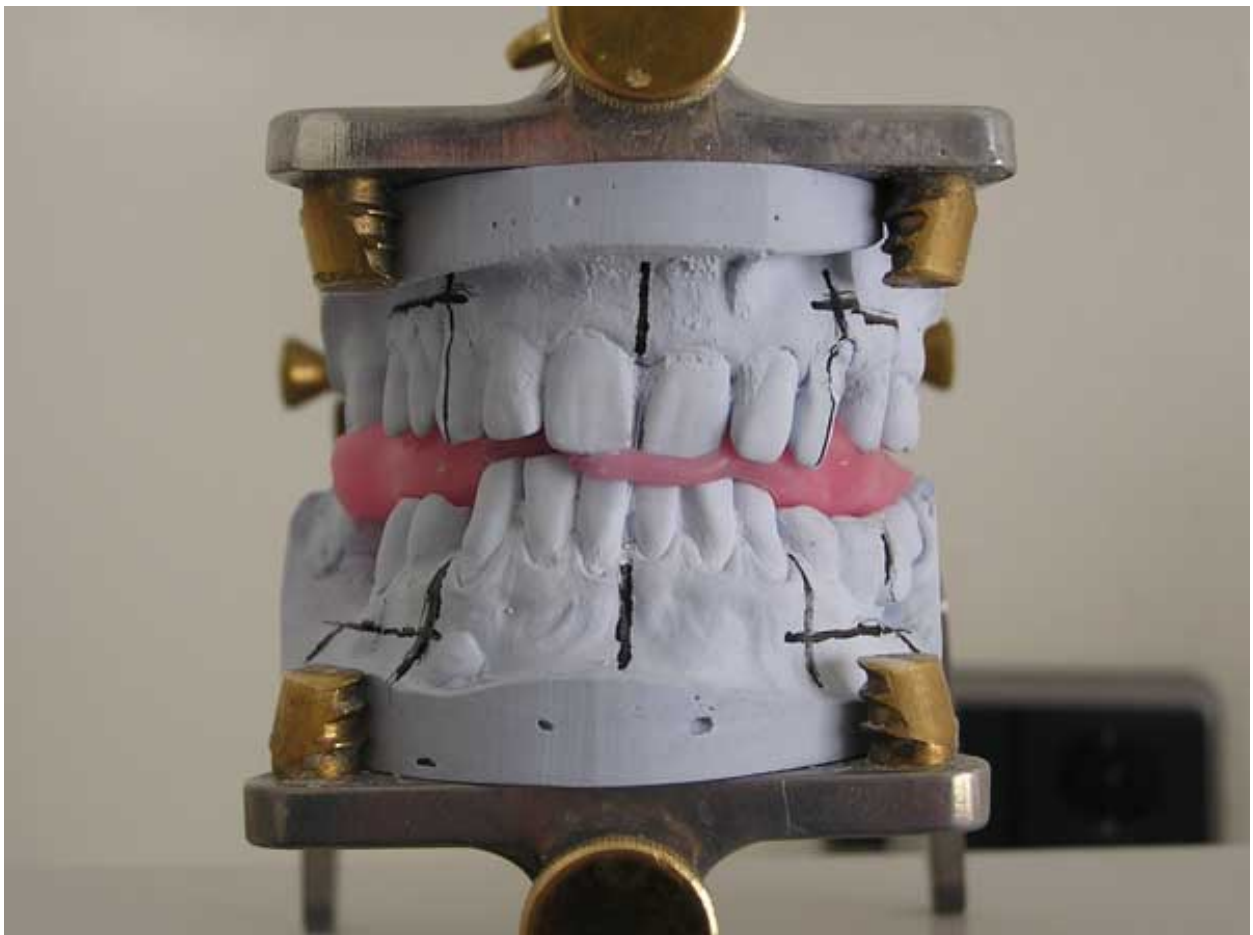
11 Alte Schiene (Dr. M.) im Galetti frontal



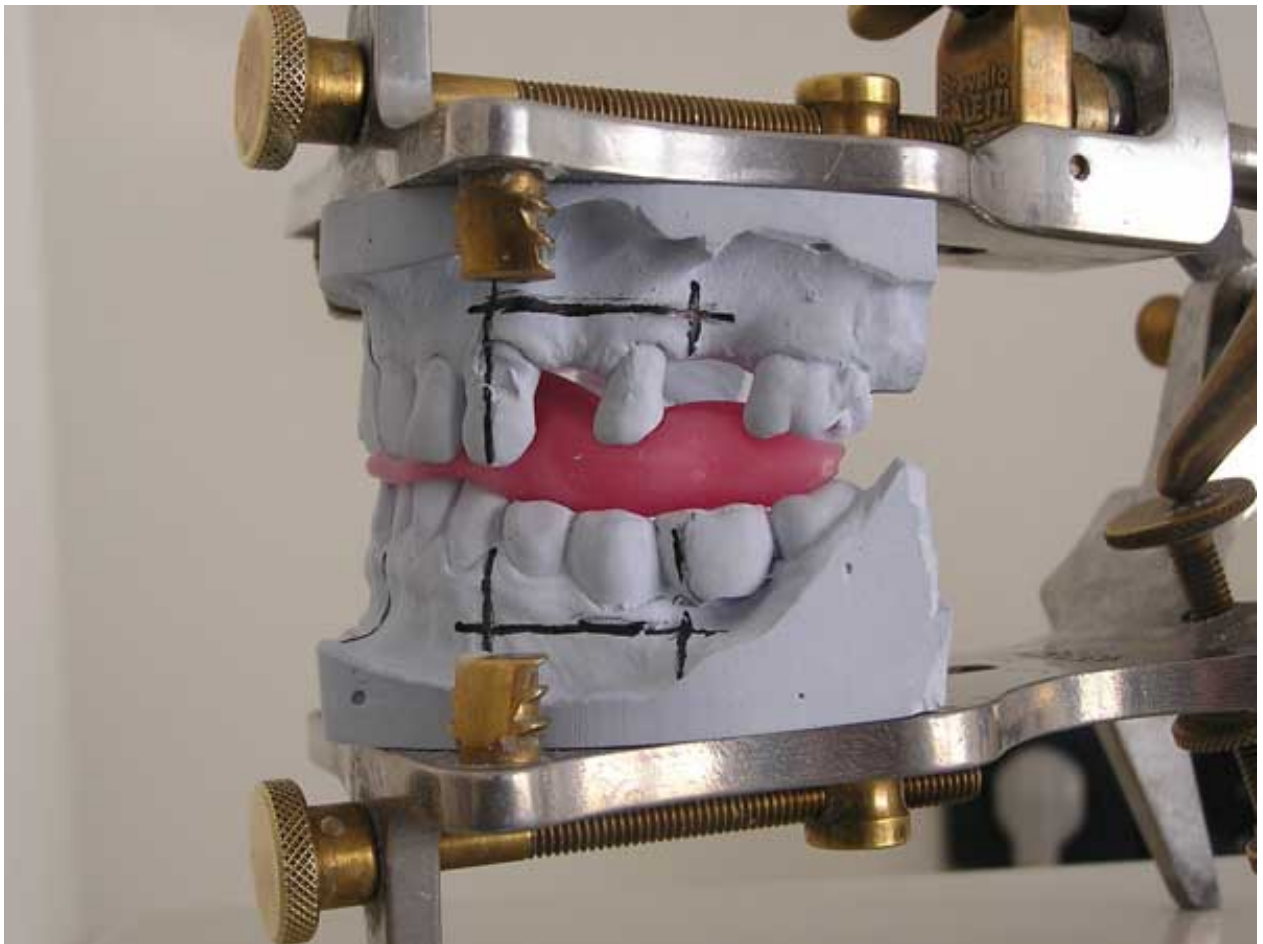
12 Alte Schiene (Dr. M.) im Galetti links



13 Galetti mit Wachs-biss rechts (Dr. Marat)



14 Galetti mit Wachs-biss frontal (Dr. Marat)



15 Galetti mit Wachsbiß links (Dr. Marat)



16 Neue Schiene rechts (Dr. Marat)



17 Neue Schiene frontal (Dr. Marat)



18 Neue Schiene links (Dr. Marat)

- 13.9.:** Gemeinsamer Termin UBW/Dr. Marat in dessen Praxis in Prien: ca. 15 Minuten nach Einsetzen der Schiene (vorher kein AK-Test):
n: Rectus und Piri bds
s: SCM bds, dabei Rechtsrotation HWS endgradig eingeschränkt, sonst alle orthopädischen Befunde ausgeglichen!
- 20.9.:** Tel: Schiene gut; Masseter bds besser, aber Rotation HWS und Hüfte bds noch verspannt.

27.9.: Tel: Seit 14 Tagen durch neue Schiene: Schmerzen Beine fast weg;
Kaumuskel entspannter.

27.10.: Tel: Schiene weiter gut; re Schulter besser.

04.11.: Tel: wegen Labor und Med; zufrieden mit Bewegungsapparat, Physiotherapie
läuft gut.

Pat. wurde dann zunehmend besser und stabiler und erklärte sich bei der Kontrolluntersuchung am 15.1.2006 praktisch beschwerdefrei mit Ausnahme "kleiner Zipperleins". V.a. auch wesentlich weniger physiotherapeutischer Behandlungsbedarf. Das Tragen der Schiene auch tagsüber mit Ausnahme des Essens ist problemlos; das Angebot zum Versuch der endgültigen zahnärztlichen Umsetzung will sich Herr S. noch überlegen.

Beobachtungszeitraum: bis inkl. Ende April 2006, also 7 Monate!

Die Schreibweise in der Dokumentation entspricht der offiziellen IMAK-Nomenklatur, so wie sie im Lehrbuch "AK Meridiantherapie" erstmals vorgestellt und seither in allen AKSE-Publikationen verwendet wird. Im einzelnen: s. Seite 20 im Lehrbuch AKMT und Seite 4 ff. im Lehrbuch "Craniale Osteopathie und AK"

Dort nicht erwähnt:

FBA = Finger-Boden-Abstand

OS = Oberschenkel

HMK = Histamin Mini-KUF

SMK = Silberamalgam Mini-KUF

> = besser durch

< = schlechter durch

Die handschriftliche Dokumentation aus der Kartei ist zur Info an das Ende des Artikels gestellt.

Diskussion

Die Aufnahmen zeigen klar das Problem:

- die alte Schiene von Dr. M. gleicht die Mittellinienverschiebung nicht aus (Orientierungspunkt ist z.B. die große schwarze Verfärbung am Zahn 41)
- sie hat wesentlich zu wenig Höhe
- es besteht keine korrekte Kontaktsituation zur Schiene links
- all das wäre einfach zu vermeiden gewesen durch eine Vermessung nach Lieb und Gelb im Galetti-Artikulator - siehe die entsprechenden Fotos.

Die von Dr. M. verwendete Bissnahme im Mund brachte offensichtlich während der Untersuchungen in der Praxis ein zufrieden stellendes Ergebnis. Man muss also diskutieren, ob dafür eventuell die verwendeten Zusatztherapien wie Neuraltherapie, Korrektur Cat II usw. verantwortlich waren.

Leider aber war das oral-orthopädische Ergebnis sicher keine COPA im Sinn von Gelb und dem Lehrmaterial der IMAK gemäß Kursunterlagen und Lehrbuch der AK!

Im Gegensatz dazu steht der praktisch sofortige Behandlungserfolg mit der echten, im Galetti gefundenen COPA.

Man kann also auch fragen: was ist die Rolle des Zahnarztes in der Behandlung der CMD: Herstellung einer echten COPA oder Posturographie, Korrektur Cat II, Neuraltherapie zu Tonsillen, homöopathische Ausleitung - und dafür eine "Nicht-COPA"?

Interessant auch der finanzielle Unterschied: 2500.- Euro für die Behandlung bei Dr. M. gegenüber gut 800.- Euro bei Dr. Marat!!

Für weitere Rückfragen stehen gerne je nach Fachbereich UBW (Physiotherapie/Osteopathie), Dr. Günther Marat (Zahnmedizin/KFO) und WG (Allgemeinmedizin, AK) zur Verfügung.

Handschriftliche Dokumentation

Datum	s. Bogen	Krankheitsverlauf	Bemerkungen
13.5.05		SIGra seit 2007 → links kein BS-Vorfall, M. re. erfolgreich beh. durch Osteopathie jetzt von li. Flanke U-bend, Gluteus/SIGli	
		re Schulter seit 3 Monaten eingeschränkt (JR)	
		1: Akkup. Colon-Hydro	
		2: Dehnung re Schulter, Trj. Hyalart in Schulter	ant + post 12x!
14.		Sch. Kopf - B - also li. post (p.p)	
		Spine re + mit Gebelkanten, li. Ul L4/5 re + mit Jutcherw. re, FBH ca 40	Skoliose
		In Rückl. B2 - , Ul, ab: Kopf	re Schen.
		Extremor Tiefbiss	
15.		-GHT unkl. Rektus, Piri Kiopros, - a/ba	2-freig + Schen. re
		↳ HATK aber SC: Histid.!!	
		re Schulter ARJR 30/0/45	W + W !!
		NC + Aufg. : SPTK	
		Schädel: Torsion SBS re.	
		Sphäromaxilläre Torsion	DRPS
		Transversaler Lateralstrain	NRB/Se
		CO Li. tot! Durandung 1/3	Bayer! V36
		TLü	Homocyste-
		WS: Li. Quadratus lumb. + re 4, untere	
		Rippe Li. blockiert	2400121048 DRPS Test
29.6.05		1: Kymplisten (Dr. N. [redacted])	
6.7.05		1: Abklärung Prozedere: Behandlung Tonsillen & Erfolgsbisher	

Datum	Krankheitsverlauf	Bemerkungen
21.8.05		
	Schiene und seit 6 Wo glücken - Keine Veränderung! Nachweiser Physiolo.	Lehr:
		Homocest
U:	Sch - Kopf - B - Spine ab!	V03, FS
	VLWS ^{aber} Ausgleich des Beckenschiefstandes durch Vorbeuge	P36, P32, F05
	FBA 10	
	Rückenecke BL o.B.	Vel Harat
	li: Rectus ² Pir ²	Niepana
	st: Psoas ²	UBU
	SC: fester Zips Schiene → HC: Inspirations-	
v. Sch	Wasserlösliche St l. Glukose - assist	
	Schreibung ausgeglichene → kein Becken-	
	schiefstand	
	aus Hypertonie: Aspirin comp, Lymphe	
	Solidago simpl. Solidago serial Quassia	
	NC: Copresyls, Homocyst. f. N, Berberis simpl.	
	HC: Zik → ex	
	war bei: Narat, aber ist Gida ohne	
	Wachstum folgen	
	Stand: VL VL ^{te} hoch, VL ^{te} ohne Brille.	
	li: lat ² → lat² mit Brille → wi: lat ²	
	RL: li: Rectus ² SC → VL ^{te} ant. Ct	
	Beckenstörung ++, li: alle in ARO	
	Schädel: 12/13/14 ↑ + keine Amplitude	

massive lat. - steil li.
→ nach Korrektur Sacrum (Schädel) / lat 4 li. aller
homoton

Datum	Krankheitsverlauf	Bemerkungen
13.09.05	Nach Gipsentfernung der linken (vorne kein AK-Tort) ca. 15 min: n: Rectus 2, Piri s: SCM 2, re. Rot. Hals entsprechend Vc, sonst alle orthopädische Bef. ausgeglichen	T 2; G. Parat
20.9.	Schmerz gut, Nassebühel besser, aber RotMus II + Hüfte bdg noch verspannt.	
27.09.	Et 14 d. Schienen Parat → 4 Füsse fast weg, Kauemuskelbtkr entspannter	