



Reihe „Praxishinweise“

SANUM-Therapie an Meridianen

von Dr. med. Mujeer Al-Haj

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 27/1994, Seite 27 - 29

Hypertonie

Definition

Eine Hypertonie liegt dann vor, wenn der arterielle Blutdruck ständig über das normale Maß hinaus erhöht ist. Derzeit liegt die Norm bei 140/90 mmHg ab dem 15. Lebensjahr. Bei Werten zwischen 140-160/90-95 mmHg spricht man von einer Grenzwerthypertonie.

Eine echte Hypertonie liegt nach Definition der WHO dann vor, wenn der systolische Blutdruck über 160 mmHg und der diastolische über 95 mmHg ansteigt. Diese Werte gelten unabhängig vom Alter und bei körperlicher Ruhe.

Zur Ätiologie der Hypertonie ist in ganzheitsmedizinischer Sicht auf die Forschungsergebnisse der Professoren G. Enderlein und L. Wendt zu verweisen. Danach kann an der Hypertonie eine vorwiegend ernährungsbedingte Viskositätserhöhung des Blutes wesentlich beteiligt sein, desgleichen ebenso ernährungsbedingte Veränderungen der Gefäßwände. Hierbei spielt nicht nur das Cholesterin eine Rolle, sondern auch eine krankhafte Eiweißspeicherung an den Basalmembranen der Kapillaren. Die „Stausucht“ (= Endobiose) nach Enderlein als Folge einer Masternährung mit tierischem Eiweiß ist nicht selten Hauptfaktor zum Entstehen einer Hypertonie.

Hypertonie als Risikofaktor

Die Hypertonie ist neben Rauchen oder Adipositas der Risikofaktor Nr. 1, der die statistische Lebenserwartung erheblich verkürzt. Die durch Bluthochdruck verursachten Krank-

heiten zählen zu den häufigsten Todesursachen in Europa. Schlaganfälle im Gehirn oder anderen lebenswichtigen Organen können die Folge des permanent erhöhten Blutdruckes sein. Auch das Herz wird durch die ständige Überforderung so geschwächt, daß dies letztlich zur Herzinsuffizienz führen kann. Nicht zu vergessen auch die unter Hypertonie auftretenden artherosklerotischen Gefäßveränderungen.

Pathogenese

Man unterscheidet zwischen der primären = essentiellen Hypertonie und der sekundären = symptomatischen Hypertonie.

1. Primäre (essentielle) Hypertonie

90% aller Hypertoniker leiden an der primären (essentiellen) Hypertonie, die wahrscheinlich familiär vererbt wird. Zusätzliche äußere Faktoren wie Bewegungsarmut, Überernährung, falsche Eßgewohnheiten, Rauchen, Streß u.a. fördern und erschweren den Krankheitsverlauf. Meist entwickelt sich das Krankheitsbild allmählich zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr, wobei die auftretenden Beschwerden subjektiv sehr unterschiedlich sein können.

Manche Hypertoniker sind im Anfangsstadium fast beschwerdefrei, andere sind nervös, gereizt, schwindelig, depressiv oder klagten über Kopfschmerzen und Ohrensausen. Da die subjektiven Beschwerden in vielen Fällen nichts über den Schweregrad der Erkrankung aussagen, wurde das Krankheitsbild „Hypertonie“ auf Empfehlung der WHO in 3 Stadien eingeteilt:

Stadium 1: Hypertonie ohne Anzeichen von Störungen im kardiovaskulären System (Blutdruck ab 160/95 mmHg).

Stadium 2: Hypertonie mit Linksherzhypertrophie, Gefäßveränderungen am Augenhintergrund, pektanginöse Beschwerden, Belastungsdypnoe, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Schwindel, Leistungsknick. Diastolischer Blutdruck meist 110 bis 125 mmHg.

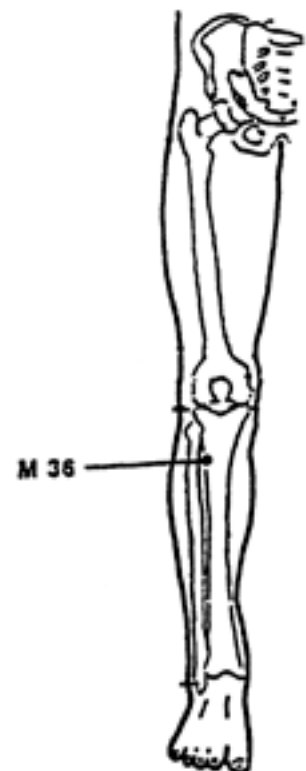
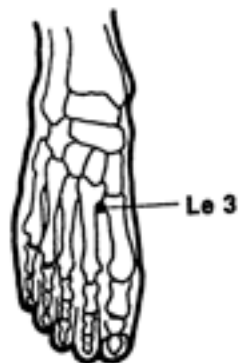
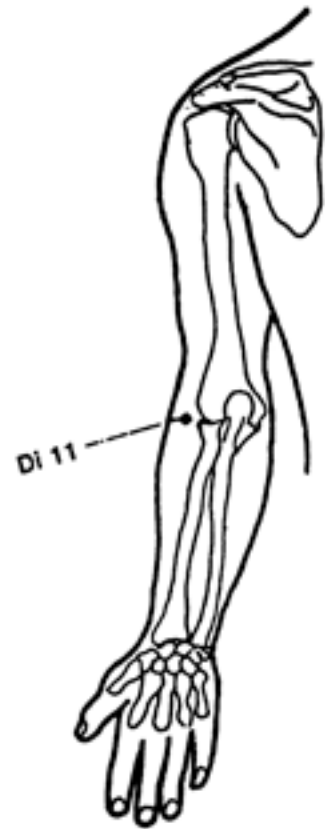
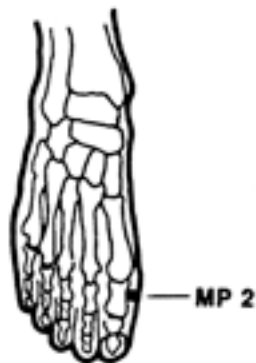
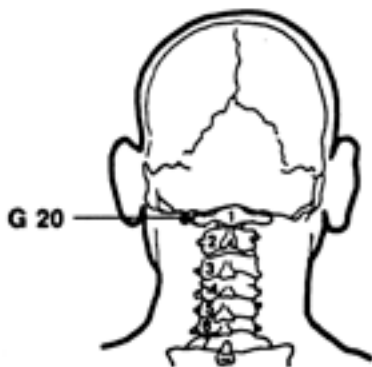
Stadium 3: Hypertonie mit Herzinsuffizienz, Durchblutungsstörungen im Gehirn, Nierenschäden, Netzhautblutungen. Diastolischer Blutdruck 120-150 mmHg.

2. Sekundäre (symptomatische) Hypertonie

Nur etwa 10% der Hypertoniker leiden an der sekundären oder symptomatischen Hypertonie. Bei diesen Patienten ist der hohe Blutdruck lediglich das Symptom einer anderen Primärerkrankung. So kann z.B. bei der „renalen“ Hypertonie die Ursache der Blutdruckerhöhung eine Glomerulonephritis, eine Schrumpfniere, eine Schwangerschaftsnephropathie oder eine Stenosierung der Nierenarterien sein. Die renale Hypertonie ist mit einem Anteil von 6-8% die häufigste Form der sekundären Hypertonie. Bei der „endokrinen“ Hypertonie kann die Ursache eine Hyperthyreose oder ein Cushing-Syndrom sein. Bei der „kardiovaskulären“ Hypertonie eine Aortensklerose, bei der „neurogenen“ Hypertonie eine Hirnhautentzündung oder ein Hirntumor. Bei all den Formen der sekundären Hypertonie muß die Therapie natürlich bei der Primärerkrankung ansetzen.



Hypertonie



MEDIAL



Medikamente können ebenfalls Auslöser einer sekundären Hypertonie sein, die aber nach deren Absetzen wieder verschwindet.

Diagnose

Die Diagnose der primären Hypertonie ist eine Ausschlußdiagnose. Es muß zuerst abgeklärt werden, ob es sich nicht um eine sekundäre, d.h. um das Symptom einer Primärer-

krankung handelt. Erst wenn dies mit Sicherheit ausgeschlossen ist, kann die Diagnose primäre (essentielle) Hypertonie gestellt werden.

Begleitmaßnahmen

Als unterstützende Begleitmaßnahmen bei der folgenden Therapie der primären Hypertonie haben sich u.a. sehr bewährt:

- Reduktion von Übergewicht;
- diätetische Maßnahmen wie Einschränkung der Kochsalzzufuhr, weniger tierisches Fett, weniger Alkohol, weniger Zucker;
- vollwertige Ernährung;
- Rauchen einstellen;
- regelmäßig Sport treiben;
- überdenken der Lebensführung.

Die Therapie der Hypertonie

A. Injektionen in folgende SANUM-Akupunkturpunkte mit:

SANUVIS eine Amp. + GINKGOBAKEHL eine Amp.

Abkürzung	Bezeichnung	Lokalisation
G 20	Wind-Teich	Am unteren Okzipitalrand knapp hinter dem Processus mastoideus.
Di 11	Teich in der Biegung	Am lateralen Ende der Ellbogenfalte bei Beuge bis 90°.
M36	Göttlicher Gleichmut	In dem Grübchen 1 cun unterhalb des Fibulaköpfchens, eine Fingerbreite lateral der Tibiakante.
Le 3	Großer Impuls	Über der Vertiefung zwischen I. und II. Os metatarsale.
MP 6	Treffpunkt der drei Yin	2,5 cun oberhalb des inneren Knöchels am dorsalen Rand der Tibia.
MP 2	Große Stadt	An der Fußinnenseite am Unterrand des Vorsprunges des Os naviculare in senkrechter Verlängerung der Unterschenkelfrontlinie.

Therapievorschlag: Zweimal wöchentlich werden je Punkt 0,2 bis 0,5 ml s.c. injiziert.

B. Eigenblutinjektionen:

1. Woche: montags und freitags je 2,0 ml EB + 1 ml MUCOKEHL D5 i.m.

2. Woche: montags und freitags je 2,0 ml EB + 1 ml MUCOKEHL D5 i.m.

3. Woche: montags und freitags je 3,0 ml EB + 1 ml MUCOKEHL D5 i.m.

Ab 4. Woche: 1x wöchentlich 1 Eigenblutinjektion mit 5,0 ml EB + 1 ml MUCOKEHL D5 i.m.

Insgesamt werden die Injektionen 6-8 Wochen durchgeführt.

C. Zusatztherapie:

- UTILIN alle 3 Wochen i.m. 1ml.
- Phönix Cuprum Tropfen
3 Tage 3x 50 Tr. täglich vor dem Essen;
ab 4. Tag 3x 30 Tr. vor dem Essen.
- Phönix Aurum Tropfen 3x 30 Tr. nach dem Essen.
- SANKOMBI D5 Tropfen
1x täglich 8 Tr. vor dem Essen.
- MAPURIT-Kapseln
2x 1 Kps. tgl. mit den Mahlzeiten einnehmen.
- Arte Rautin forte S Dragees 3x 2 Drag. täglich.