



Reihe „Praxishinweise“

SANUM-Therapie an Meridianen

von Dr. med. Mujeer Al-Haj

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 25/1993, Seite 22 - 23

Psoriasis (Schuppenflechte)

Häufigkeit

Die Psoriasis vulgaris zählt zu den erythemat-squamösen Dermatosen. Sie ist neben dem Ekzem die häufigste Hauterkrankung. In leichter Form tritt sie öfter auf als bisher vermutet wurde. In Europa leiden bis zu 4% der Bevölkerung an Psoriasis, vergleichbar etwa mit der Häufigkeit von Diabetes.

Auftretsalter

Die Psoriasis kann bereits im Säuglingsalter unter dem Erscheinungsbild der seborrhoischen Dermatitis oder des psoriasiformen Windelektzems beginnen. Statistische Untersuchungen haben gezeigt, daß die Psoriasis bei Frauen meist um das 15. oder 54. Lebensjahr auftritt, bei Männern um das 27. und das 54. Lebensjahr.

Ursachen

Nach jetziger Lehrmeinung ist die Ursache der Psoriasis eine epidermale Stoffwechselstörung, die autosomaldominant vererbt, zusätzlich aber von den verschiedensten Umweltfaktoren wesentlich beeinflusst wird. Nach Professor Enderlein, d.h. aus pleomorphistischer Sicht ist die Psoriasis (Schuppenflechte) endobiontischer bzw. pliogenetischer, in mehreren Fällen aber auch paratuberkulöser Natur. Deshalb sind die Ursachen nur ex juvantibus zu erkennen. Zahlreiche Untersuchungen mit modernsten Analysemethoden haben gezeigt, daß die Psoriasis nicht ansteckend ist.

Die Symptome beschränken sich beim Psoriatiker nicht nur auf die Haut. Der gesamte Organismus ist in Mitleidenschaft gezogen. Psoriatiker neigen verstärkt zu Gefäßleiden, zu Thrombophlebitis, Myokardinfarkt, Hirninfarkt und Lungenembolie. Gefährdet sind vor allem ältere Patienten. Auch der Harnsäure- und Cholesterinspiegel im Blut ist erhöht. Seelische Belastungen verstärken die Symptome.

Ausgelöst wird die Psoriasis durch Traumen aller Art. Dazu zählen u.a. Klimaänderungen, mechanische Irritationen wie Prothesen, Schuhwerk, Kleidungsstücke, chemische Irritationen wie Umweltgifte, Medikamente, Alkohol (besonders bei Leberkranken), Kontaktallergene oder Mykosen, Stoffwechseländerungen bedingt durch Menarche, Schwangerschaft und Menopause. Im Kindesalter tritt die Psoriasis meist nach fieberhaften Infekten wie Angina oder Masern als Psoriasis guttata auf.

Nach Auslösung der Krankheit setzt eine massive Proliferation der Epidermis ein, wobei sich die Teilungsrate der Zellen in der Epidermis um das 5fache steigert. Darüberhinaus wandern diese vermehrt gebildeten Keratinozyten innerhalb 4 Tagen (normal sind 28 Tage) von der Basalschicht bis zur Hautoberfläche und bilden dort eine krankhafte Hornschicht.

Klinisches Bild

Im Kindesalter findet man hauptsächlich exanthemartige Formen der Psoriasis, die jedoch im Unterschied

zum normalen Exanthem nicht rasch verschwinden, sondern persistent sind. Beim Erwachsenen ist der Beginn der Erkrankung normalerweise gekennzeichnet durch schubweise auftretende, scharf begrenzte Erytheme, die mit geschichteten weißlichen Schuppen bedeckt sind. Diese manchmal stark juckenden Herde können stecknadelkopf groß sein, sie können sich vergrößern, zusammenfließen und so neue Herde bilden. Manchmal wuchert die Epidermis so stark, daß klinisch regelrechte Tumoren vorgetäuscht werden.

Diagnostik

Je nach Größe und Gestalt unterscheidet man zwischen *P. punctata* (punktförmig), *P. guttata* (tropfenartig), *P. nummularis* (münzengroß), *P. annularis* (ringförmig), *P. gyrata* (girlandenartig) und *P. geographica* (landkartenähnlich). Versucht man die silbrigen Schuppen zu entfernen, kommt es aufgrund der krankhaften Veränderung der Kapillaren zu einer punktförmigen Blutung, ähnlich Taupfropfen (Auspitz-Phänomen).

Bevor keine eindeutige Psoriasisdiagnose gestellt ist, sollte man die Blutung nicht mit dem Fingernagel auslösen, da es sich auch um eine psoriasiforme syphilitische Papel oder eine Scabies crustosa handeln kann. Im ersten Fall der Syphilis sind im Serum Treponemen vorhanden, während bei der Scabies crustota, die ebenfalls psoriasiform aussieht, massenhaft Skabiesmilben im Serum enthalten sind. Die Rückbildung der Herde erfolgt meist narbenlos, wobei es allerdings im Bereich des Herdes zu



De- oder Hyperpigmentierungen kommen kann.

Lokalisation

Besonders häufig sind die Ellenbogen, die Streckseiten der Kniee, Kreuzbeingegend, der behaarte Kopf sowie die Nägel (Tüpfelnägel, Ölfleck), Handteller und Fußsohlen betroffen.

Manchmal sind auch die Schleimhäute betroffen, z.B. im Mund als

Leukoplakie oder wie beim Typ vom Zumbusch mit weißlich gelb-rötlichen Erhebungen.

In etwa 5% der Fälle ist die Psoriasis mit einer progredient deformierenden Arthritis der kleinen Fingergelenke und anderer Gelenke, insbesondere Kniegelenke kombiniert. Grundsätzlich können alle Gelenke betroffen sein, doch manifestiert sich die Arthritis meist an allen Gelenken eines Fingers oder einer Zehe. Wahr-

scheinlich spielen auch hier genetische Faktoren eine wesentliche Rolle. Bei längerem Verlauf der Krankheit können ausgeprägte Gelenkdeformationen auftreten. Subkutane Rheumaknoten und Rheumafaktoren fehlen. In den meisten Fällen wird eine Verminderung der Globuline festgestellt.

Die Therapie der Psoriasis (Schuppenflechte)

A. Injektionen in folgende SANUM-Akupunkturpunkte mit: ZINKOKEHL 1 Amp. + NOTAKEHL D6 1 Amp.

| Abkürzung | Bezeichnung | Lokalisation |
|-----------|--------------------------|--|
| Dü 13 | Gebogene, niedrige Mauer | Im Zentrum der Fossa supraspinatam. |
| Di 11 | Teich in der Biegung | Am lateralen Ende der Ellenbogenfalte bei Beuge bis 90°. |
| Lu 7 | Engpaß | Am Proc. styloideus radii, 1,5 Cun oberhalb der Hand. |
| MP6 | Kreuzung der drei Yin | An der medialen Seite des Unterschenkels, 3 Cun oberhalb des medialen Malleolus, dorsal der Tibia-Hinterkante. |
| B13 | Transportpunkt zur Lunge | Unter dem 3. BWD, 1,5 CUN lat. |

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

B. Eigenblutbehandlung:

Injektion i.m. 2 ml Eigenblut + 1 Amp. SANUVIS:

1. Vier Wochen 3x wöchentlich eine Injektion.
2. Vier Wochen 2x wöchentlich eine Injektion.
3. Zehn Wochen 1x wöchentlich eine Injektion.

C. Zusatztherapie:

- Darmausleitung mit Abführtee und 2x 1 Tabl. tgl. FORTAKEHL D5 einnehmen
- EXMYKEHL D3 1 Woche tgl. 1 Supp.
- Mischspritze UTILIN „S“ stark + MUCOKEHL D51 ml i.m.
- nach 8 Tagen RECARCIN stark 1 ml i.m.

- nach 14 Tagen jeden 8.-10. Tag im Wechsel UTILIN „S“ stark bzw. UTILIN stark Kap. in den Hals streuen.

D. Äußerlich:

Lösung mit Badesalz vom Toten Meer (4 Eßl. auf 1 Wannenbad) zum Baden, danach SANUVIS D1 Salbe dünn auf die betroffenen Hautpartien einreiben.



Psoriasis

