

Abschlussarbeit zur Vorlage beim IFAO

Untersuchung der Wirksamkeit der osteopathischen Behandlungen bei einer Patientin mit anhaltenden Rückenschmerzen, nach einer Laparotomie, die auf physiotherapeutische Maßnahmen nicht ansprach

Oktober 2006 – Dezember 2006

vorgelegt von:

Kai Lange

Osteopathischer Tutor : Philippe Richter, D.O.

Methodische Betreuung: Dipl. Psych. Ludger Nienhaus

Inhaltsverzeichnis:

Kapitel 1: Zusammenfassung / Abstract	Seite 3
Kapitel 2: Hintergrund / Ziel der Arbeit	Seite 4
Kapitel 2.1: Untersuchungsziel	Seite 7
Kapitel 3: Material und Methoden	Seite 7
Kapitel 3.1: Untersuchungsdesign	Seite 7
Kapitel 3.2: Untersuchungsobjekte	Seite 8
Kapitel 3.3: Patientenbeschreibung	Seite 9
Kapitel 3.4: Zielparameter / Material	Seite 10
Kapitel 3.5: Untersuchungsdurchführung	Seite 10
Kapitel 3.6: Datendokumentation / Auswertung	Seite 10
Kapitel 4: Ergebnisse / Befunde	Seite 11
Kapitel 5: Diskussion und Ausblick	Seite 13
Kapitel 6: Literaturverzeichnis und Anhang	Seite 16
Kapitel 6.1: Literaturverzeichnis	Seite 16
Kapitel 6.2: Anhang	Seite 17
Kapitel 6.2.1: Schema zur Dokumentation einer Patientenkonsultation / Behandlungsplanung	Seite 17
Kapitel 6.2.2: Schmerzskala	Seite 23

Kapitel 1: Zusammenfassung / Abstract

Hintergrund:

Während meiner Tätigkeit als Physiotherapeut habe ich festgestellt, dass Patienten mit Rückenschmerzen, die in ihrer zurückliegenden Krankengeschichte eine Laparotomie aufweisen, oft nicht gut auf physiotherapeutische Maßnahmen ansprechen.

Studienziel:

In einer kontrollierten Einzelfallanalyse sollte die Wirkung untersucht werden, die eine osteopathische Behandlung bei einer Patientin mit Rückenschmerzen, die mindestens 6 Monate bestanden und auf physiotherapeutische Behandlungen keine deutliche Veränderungen zeigten, nach Laparotomie hatte.

Methode:

Die Untersuchung der Effektivität der osteopathischen Behandlung wurde anhand einer kontrollierten Einzelfallanalyse vorgenommen. Dazu wurden bestimmte Ein – und Ausschlusskriterien festgelegt. Es wurde eine schriftliche Befunddokumentation und Schmerzskala verwendet.

Die erfassten Daten, aus der numerischen Skala zur Erfassung der Schmerzintensität, wurden in Form einer Verlaufsgrafik visualisiert. Zusätzlich wurden die Unterschiede zwischen den Grundraten- und Interventionsphasen mit der Methode „ Prozentsatz Nichtüberlappender Daten " (PND) quantitativ ausgewertet.

Ergebnisse:

Der PND - Wert für die Interventionsphase 1 betrug 50 %, der PND - Wert der Interventionsphase 2 betrug 71,43 %, dieser 2.Wert deutet nach Scruggs et al. (1986) auf einen hohen Interventionseffekt hin. Der PND - Wert für die Interventionsphase 2 im Vergleich zur 1. Grundratenphase betrug 100 %, dieser Wert deutet nach Scruggs et al. (1986) auf einen sehr reliablen Interventionseffekt hin. Die osteopathische Behandlung der Patientin führte zu einer deutlichen Verbesserung der Schmerzsymptomatik und zu einer verbesserten Lebensqualität.

Diskussion:

Dieser Einzelfallstudie sollten weitere Gruppenstudien folgen um die Wirksamkeit der Osteopathie bei dieser Patientengruppe zu untermauern.

Kapitel 2: Hintergrund / Ziel der Arbeit

In meiner Arbeit als Physiotherapeut habe ich festgestellt, dass Patienten mit Rückenschmerzen und die in ihrer zurückliegenden Krankengeschichte eine Laparotomie aufwiesen, oft nicht auf physiotherapeutische Maßnahmen ansprachen. Eine Laparotomie (Bauchschnitt) bezeichnet das Öffnen der Bauchhöhle zur Durchführung eines abdominalen – chirurgischen Eingriffs an den inneren Organen. Die Bauchdecke wird in der Regel durch einen Bauchdeckenschnitt geöffnet. Die Laparotomie wird z.B. bei akuten Abdomen, Apendizitis, Entzündungen der Gallenblase, Cervixektomien usw. angewendet. Die Laparotomie selbst wird kaum als Auslöser für Rückenschmerzen in der Schulmedizin diskutiert.

Bei dem innerhalb dieser Studie untersuchten Fall nahm eine Pankreasteilresektion eine zentrale Position ein. Der Pankreas ist eine 14 – 18 cm lange und ca. 70 – 80 g schwere Drüse. Anatomisch – topografisch wird das S – förmige Organ in mehrere Abschnitte gegliedert, einmal in den Caput pancreatis mit dem Processus uncinatus, den Corpus pancreatis und der Cauda pancreatis. Von der Bauchspeicheldrüse führen 2 Ausführungsgänge zum Duodenum. Der Ductus pancreaticus mündet an der Papilla duodeni major (Papilla Vateri) zusammen mit dem Ductus choledochus. Der 2. Ausführungsgang, der Ductus pancreaticus accessorius (Santorini – Gang) mündet an der Papilla duodeni minor. Funktionell unterscheidet man den Pankreas in einen exokrinen Anteil und einen endokrinen Anteil. Der exokrine Teil des Pankreas scheidet täglich 1 – 1,5 l Bauchspeichel in das Duodenum, dieses Sekret besteht aus Bikarbonat, Trypsinogen, Chymotrypsinogen, α - Amylase und Lipase. Im endokrinen Teil (Langerhans – Inselapparat) kommt es zur Bildung und Ausschüttung von Glukagon, Insulin und Somatostatin. Topografische Nachbarschaftsbeziehungen bestehen zum Duodenum, dem Ductus choledochus, der Aorta, der Vena cava inferior, der linken Nierenvene, dem Pylorus, der Arterie mesenterica superior, der Vena mesenterica superior, der Flexura duodenojejunalis, der Bursa omentalis, dem Magen, dem Truncus coeliacus, LWK 2 und 3, dem Mesocolon transversum, dem Colon transversum, der linken Colon flexur, der Vena splenica, dem Peritoneum, der Milz, dem Omentum minus und der Vena portae. Fixationen finden wir über das Duodenum, den Mesocolon transversum, der Faszie von Treitz, dem Lig. pancreaticosplenicum und bindegewebige Züge im Bereich des Retroperitonealraum. Die nervale Versorgung läuft einmal über den Nervus Vagus parasymphatisch und die sympathische Versorgung kommt aus den Segmenten TH 5 – TH 9 über den N. splanchnicus major mit Umschaltung im Plexus coeliacus.

Als zweite wichtige Struktur erschien mir das Peritoneum, da es bei der Laparotomie zu einem schweren Trauma dieser Struktur kommt. Das Peritoneum hat zu allen intraperitonealen Organen und zu den meisten retro – und extraperitonealen Organen und Strukturen eine topografische Beziehung. Es gewährleistet ein reibungsfreies Gleiten der Organe gegeneinander, eine flexible Anpassung an Form – und Volumenveränderung der Bauchhöhle, mechanischen Schutz der ventralen Bauchwand, eine immunologische Funktion durch Einlagerung vieler lymphatischer Zellen und Gefäße und es dient als Fettspeicher (gerade das Omentum majus kann erhebliche Mengen an Fett einlagern). Man unterscheidet ein Peritoneum parietale und ein Peritoneum viscerale. Das Peritoneum parietale ist an der Rumpfwand befestigt und wird so bei Bewegungen des Rumpfes in Teilbereichen gedehnt oder angenähert, es kleidet die Peritonealhöhle vollständig aus. Das Peritoneum viscerale bekleidet die

freibeweglichen Organe der Bauchhöhle, es liegt dem Parenchym auf, lediglich die Area nuda der Leber wird nicht bedeckt. Die einzelnen Verbindungen gehen von den ventralen bzw. dorsalen Mesenterien als Hüllstrukturen eines Organes aus und nicht vom Organ selbst, das sich in der Hülle befindet. Somit stellt das Peritoneum eine durch den gesamten Bauchraum mehr oder weniger kontinuierlich verlaufende Struktur dar. Diese unterstreicht die zentrale Rolle des Peritoneums, welches verbindet, stützt, Informationen weiter leitet, transportiert, Mobilität ermöglicht, Abwehrfunktionen übernimmt und es enthält die zuführenden Gefäße zur Ernährung der Organe.

Laut Serge Paoletti (2001) können narbige Einziehungen und Keloiden (Bindegewebswucherungen, die sich bei bestimmter Veranlagung im Bereich der Narben bilden), ein Störfeld für den Körper darstellen. Narben können Schmerzen und Dysfunktionen oder sogar subjektiv unerträgliche Beschwerden verursachen. Bei der Wundheilung kommt es zur lokalen Aussprossung und Vermehrung von Elastin- und Kollagenfasern, um eine möglichst vollständige Reparatur des verletzten Gewebes zu erreichen. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt diese Gewebsreparatur ohne dass es anschließend zu Problemen kommt. Allerdings kommt es in einigen nicht unerheblichen Fällen zu einer Narbenbildung die Grund sein kann für Störungen und für pathologische Veränderungen in ihrer Umgebung, die Irritationen hervorrufen kann. Als Beispiel seien hier Verwachsungen aufgeführt, die die mechanischen und physiologischen Abläufe des Menschen stören. Die Irritation durch eine Narbe ist ein Störfaktor für das Bindegewebe und setzt es unter Spannung, woraufhin es an der Stelle seine Struktur, Plastizität und Elastizität verändert. Dieses führt mit der Zeit langfristig zu einer Störung der Faszienmembran, die sich auf den funktionellen Zustand einer mehr oder weniger großen Zone auswirkt. Befindet sich diese Narbe dann im Abdominalbereich, wird sie die Nachbarorgane beeinträchtigen. Diese werden, weil sie ständiger Spannung und Irritationen ausgesetzt sind, ihre Beweglichkeit verlieren und stärker fixiert sein. Die Mobilität der Faszien bzw. der Organe sind physiologisch von großer Bedeutung. Diese erhöhten Spannungen setzen sich wie gesagt in die umliegenden Strukturen fort und übertragen sich somit auf ihre Befestigungen, was auch zu Einschränkungen in narbenentfernten Körperregionen führen kann. So können sich fasziale Spannungen auf die Extremitäten übertragen, was dann wieder rückwirkend auch zu Fehlstellungen und Mehrbelastungen in der Wirbelsäule führen kann. Diese sogenannten Läsionsketten breiten sich über Membranspannungen aus. Diese Gesetzmäßigkeiten im Menschen zeigen, dass die Übertragung von Druckbelastungen und Distorsionen bevorzugt über Achsen stattfindet. Bei den Läsionen handelt es sich um Distorsionen, d. h. Läsionsketten sind Faszienketten, deren physiologische Funktion gestört ist. Statt Bewegungen zu übertragen und harmonisch zu verteilen, werden sie in diesem Fall zu Fixierungspunkten, von denen immer wieder Reizungen und Störungen der Beweglichkeit ausgehen. Narben können zu einer Funktionsstörung der Faszien an den betroffenen Stellen führen, die, wenn sie nicht aufgelöst wird, die Struktur des Gewebes verändert. Mit der Zeit kann sich diese Funktionsstörung entlang einer Faszienkette fortpflanzen und dadurch an oftmals weit vom ursprünglichen Geschehen entfernten Stellen eine Dysfunktion hervorrufen. Eine Läsionskette kann von jedem beliebigen Punkt einer Faszie ausgehen. Sie kann daher sehr kurz, aber auch sehr lang sein und z.B. vom Fuß bis zum zerviko –okzipitalen Übergang bzw. bis zum Kopf reichen. Nicht jedes Trauma (hier OP – Narbe) führt automatisch zur Entstehung einer Läsionskette. Manchmal entwickelt sich die Läsionskette sofort nach dem Trauma / OP, manchmal auch erst Wochen oder Monate später. Sie kann sogar erst viele Jahre später in Erscheinung treten. Wann und ob eine Läsionskette entsteht, hängt von zahlreichen Faktoren ab, z.B. von der Intensität der einwirkenden Kraft zum Zeitpunkt des Traumas,

vom Alter des Betroffenen zum Zeitpunkt des Traumas oder auch von der Adaptationsfähigkeit bzw. von den Kompensationsmöglichkeiten des Betroffenen. Selbstverständlich wird ein jugendlicher Organismus Gewalteinwirkungen besser abwehren können als ein älterer. Ein gesunder, funktionsfähiger Körper wird alles tun, um Folgen einer Verletzung abzuschwächen und versuchen, die überschüssige Energie in verschiedene Richtungen zu verteilen. Mit fortschreitendem Alter und der Anhäufung unterschiedlicher Traumata verliert der Körper jedoch zusehends die Fähigkeit zur Selbstverteidigung, seine Anpassungsfähigkeit und Kompensationsmöglichkeiten nehmen ab. Wenn sich dies alles summiert, wird der Organismus überfordert und die Läsionskette mit ihren fatalen Folgen kann sich ausbreiten. Gewebe können die Erinnerung an erlittene Traumata speichern und das Trauma egal welchen Ursprungs, die akkumuliert werden, manifestieren sich eines Tages wieder auf der körperlichen Ebene. Dieser zeitliche Summationseffekt ist jedoch keine unumstößliche Regel. Bei manchen Menschen entwickelt sich sehr rasch eine Dysfunktion, bei anderen erst nach Jahren, bei einigen noch später oder gar nicht. Dies hängt letztendlich von der Vitalität des Einzelnen ab.

Philip E. Greenman (2003) spricht bei Verletzungen der Faszie davon dass es primär zu einem entzündlichen Ödem kommt, das später zur Fibrose führen kann. In der oberflächlichen Faszie ist aufgrund des Reserveraumes die Möglichkeit zur Ansammlung und Resorption eines entzündlichen Exsudates gegeben. Entsteht ein solches Exsudat allerdings in den festen Kompartimenten der tiefen Faszien, so kann dies einen erheblichen Gewebeschaden verursachen. Wird eine Faszie einer Belastung ausgesetzt, kommt es zu biomechanischen Veränderungen. Abhängig von Höhe und Art dieser Belastung kann die Deformation temporär oder permanent sein.

Entscheidend für die bei biomechanischer Belastung auftretenden Fasziaveränderungen sind Anzahl und Muster von kollagenen und elastischen Fasern im Bindegewebe. Durch eine Fasziaverletzung werden die Rezeptoren des Bindegewebes aktiviert. Sie senden afferente Informationen an das zentrale Nervensystem. Die Adaptionsfähigkeit dieser Rezeptoren und die Reaktionslage des zentralen Nervensystems sind entscheidend für die Langzeit- oder Kurzzeitwirkung der neuralen Reaktion und Integration. In der Grundsubstanz der Faszie kann eine Veränderung der biochemischen und immunologischen Prozesse stattfinden. Dies führt zu systemischen Effekten, die häufig weit entfernt von der Schädigungsstelle zu Störungen führen. So wirkt sich die Narbenbildung während des Heilungsprozess einer Wunde häufig auf die Stützfunktion, die Bewegung und Gleitfunktion der Faszie aus. Zahlreiche, häufig schwer objektivierbare Symptome können aus diesen Narben entstehen. Weichteilveränderungen führen zu persistierenden Symptomen, die lange nach der akuten Gewebeerletzung fortbestehen.

Die Behandlungen von faszialen Spannungen und die Normalisierung ihres Spannungszustandes wird auch zu Verbesserung der Beweglichkeit und einer Harmonisierung der betroffenen Regionen führen, dieses beinhaltet auch eine Schmerzreduktion. Des weiteren ist dann auch eine bessere zirkuläre Situation der betroffenen Region zu erwarten. Dieses wird die Selbstheilungskräfte der gestörten Körperabschnitte unterstützen.

Jean Pierre Barral (zitiert nach Hebgen 2004) beschreibt, dass sich Organe um bestimmte Achsen und mit einer definierten Amplitude bewegen. Veränderungen der Bewegungsachsen oder Amplituden führen zu Abweichungen von der physiologischen Mobilität oder Motrizität. Solche Veränderungen führen zu lokalen Pathologien welche erst ohne Symptome sein können und später Symptome entwickeln. Es können Pathologien in viszeralen oder parietalen Körperregionen, die durch topographische, vaskuläre, nervöse oder fasziale

osteopathische Ketten in Beziehung zueinander stehen, entstehen. Restriktionen und Spannungen in den Körperhöhlen (Druckveränderungen, Muskel – Skelett – Probleme, Ungleichgewicht der Muskelspannungen, falsche Haltung usw.) können die viszerale Bewegungen einschränken und dadurch die Funktionen und die Flüssigkeitsbewegung beeinträchtigen. Umgekehrt können Restriktionen (Spannungen, Narben, Verklebungen) in und zwischen den Organen und ihren Gleitflächen zu Anspannung in den Aufhängebändern der Organe führen und so Spannungen in den Teilen des Muskelskelettsystem hervorrufen, an denen die Organe befestigt sind. Postoperative Adhäsionen sind häufig und treten in 50 – 95 % aller Fälle auf(Schäfer et al. 1998). Weitere häufige Ursachen von Verklebungen sind verschiedene entzündliche Erkrankungen, sowie Perforationen von Organen. Die parietale Pleura, das Peritoneum und das damit verbundene Mesenterium reagieren empfindlich auf Spannung (Robertson 1999). Außerdem enthalten Adhäsionen Nervenfasern, was darauf hindeutet, dass auch in den Verklebungen selbst Schmerzen entstehen können (Kligmann et al. 1993, Tulandi et al. 1998). Bei visceralen Restriktionen ist die Bewegungsachse der betroffenen Organe verändert (Barral 1998), und infolgedessen kann es zu einer Reizung von Rezeptoren kommen, die lokale generelle Spasmen oder Schmerzen bewirkt (Robertson 2000).

2.1: Untersuchungsziel

In einer kontrollierten Einzelfallanalyse sollte die Wirkung untersucht werden, die eine osteopathische Behandlung bei einem Patienten mit Rückenschmerzen nach Laparotomie zeigt, der auf physiotherapeutische Behandlung keine Symptomverbesserung zeigte. Die Rückenschmerzsymptomatik sollte mindestens 6 Monate bestand haben.

Kapitel 3: Material und Methoden

3.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung der Effektivität der osteopathischen Behandlung wurde anhand einer kontrollierten Einzelfallanalyse vorgenommen. Bei einer kontrollierten Einzelfallstudie handelt es sich prinzipiell um eine Erweiterung einer systematischen Fall- bzw. Behandlungsdokumentation. Hierbei wird die gründliche Dokumentation der Behandlung, in diesem Fall durch eine von der Patientin täglich ausgefüllte Schmerzskala, in der die Patientin ihre Schmerzsymptomatik einschätzt, als externer Indikator ergänzt. Die Schmerzintensität wurde ausgewählt, da sie bei der Patientin das zentrale Problem darstellte und sich als veränderungssensitive Kenngröße gut eignete. Der Begriff kontrolliert bedeutet, dass durch den wiederholten On- und Offset der Behandlung kontrolliert werden soll, ob allein der Zeitverlauf bzw. letztendlich irgendwelche unbekannt Faktoren oder die Behandlung als Erklärung für eine Veränderung in der Symptomatik in Frage kommen. Die von der Patientin erfassten Daten ihrer Schmerzintensität wurden als Verlauf in einer Grafik visualisiert und mit einem einfachen prozentbasierten Rechenverfahren (Prozentsatz – Nichtüberlappender – Daten, kurz: PND) ausgewertet.

Bei diesem Design geht es in erster Linie darum, die Veränderungen des gewählten Indikators zu beschreiben. Der osteopathische Befund stand nicht im Zentrum der Betrachtung.

3.2 Untersuchungsobjekte (Ein- und Ausschlusskriterien)

3.2.1 Einschlusskriterien

Untersucht werden sollte ein Patient im Alter zwischen dem 30 bis 50 Lebensjahr, dass Geschlecht spielte hierbei keine Rolle.

Die Rückenschmerzsymptomatik sollte mindestens 6 Monate bestehen und erst nach einer Laparotomie begonnen haben.

Es sollten physiotherapeutische Behandlungen im Vorfeld erfolgt sein, die ohne Erfolg blieben.

3.2.2 Ausschlusskriterien

- 1) Tumore
- 2) Bandscheibenvorfälle
- 3) Starke ossäre Veränderungen an der Wirbelsäule
- 4) z.n. Versteifungen – OPs der Wirbelsäule oder Wirbelankylosen
- 5) Rheumatische Erkrankungen
- 6) Neurologische Erkrankungen
- 7) Internistische Erkrankungen die für eine osteopathische Behandlung kontraindiziert sind

Diese Ausschlusskriterien wurden unter folgenden Gesichtspunkten gewählt; es sollten keine Krankheitsbilder die Studie beeinflussen, die durch eine osteopathische Behandlung nicht verändert werden können (z. B. Verblockungen der Wirbelsäule). Auch karzinogene Erkrankungen sieden aufgrund ihrer massiven destruktiven Erscheinungsformen und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich ein Großteil der Patienten in einem schlechten Allgemeinzustand befindet, aus.

Bandscheibenvorfälle erklären oft die Beschwerdesymptomatik und wurden in der vorliegenden Studienarbeit von vorne herein ausgeschlossen, da sie wahrscheinlich auch auf die vorherigen physiotherapeutischen Maßnahmen angesprochen hätten.

Starke ossäre Veränderungen wie auch neurologische Erkrankungen hätten das Beschwerdebild evtl. zusätzlich negativ beeinflusst bzw. führen zu unkontrollierbaren Behandlungsreaktionen. Die rheumatischen Erkrankungen wurden aufgrund ihrer häufig wechselnden Symptomatik für ungeeignet für diese Behandlungsstudie erachtet.

Generelle Kontraindikation, wie hier speziell im internistischen Bereich, schließen eine osteopathische Behandlung selbstredend für eine Studiendokumentation und Behandlung aus.

3.3 Patient / Patientin

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine 42 – jährige Patientin untersucht und behandelt. Der Kontakt zu ihr entstand in der Praxis Therafit in Moers, in der die Patientin regelmäßig eine Wirbelsäulengymnastik als Eigentraining absolvierte. Die Patientin ist 1,76 m groß und wog bei Behandlungsbeginn 66 kg. Die Patientin klagte über Rückenschmerzen im thoraco - lumbalen Übergang, mit aufsteigender Symptomatik bis in die mittlere BWS, seit ca. 2 Jahren. Die Schmerzsymptomatik wurde als konstant über den ganzen Tag, ohne nennenswerte Veränderungen angegeben. Auch eine aufrechte Haltung fiel der Patientin laut eigener Aussage seit ca. einem Jahr immer schwerer. Während der Befundaufnahme berichtete die Patientin von zwei zurückliegenden Operationen. 8 Jahre zurückliegend gab sie eine Vesica biliaris Resektion an und vor ca. 2 ½ Jahren eine Pankreasteilresektion nach Ca - Diagnosestellung. Seit dieser OP besteht einer leichter insulinpflichtiger Diabetes mellitus. Der aktuelle Röntgenbefund zeigte einen altersentsprechenden Verschleiß, die daraufhin veranlasste CT – Diagnostik zeigte eine leichte Bandscheibenprotrusion im Wirbelsäulensegment L5 / S1. Eine ein Jahr zurückliegende durchgeführte Schmerztherapie brachte nur einen kurzfristigen und geringen Erfolg, der aber nicht reproduzierbar in weiteren Sitzungen war. Das letzte Ca - Screening verlief negativ. Auch 18 anschließende physiotherapeutische, manualtherapeutische und physikalische Maßnahmen brachten keine signifikanten Veränderungen der Gesamtproblematik und im speziellen der Schmerzsymptomatik. In der weiteren Anamnese ergab sich das die Patientin Mutter von 2 Kindern ist, diese sind auf Nachfrage bei der Patientin durch normale Geburten zur Welt gekommen. Des weiteren gab sie an 20 bis 30 Zigaretten am Tag zu rauchen. Die Patientin klagt über regelmäßiges Völlegefühl und unangenehme Blähungen. Die Flüssigkeitszufuhr der Patientin erfolgt überwiegend aus koffeinhaltigen Getränken wie Kaffee und Cola. Aus der Familienanamnese ergaben sich zwei bekannte Ca – Erkrankungen mit Todesfolge. Vor der Pankreasteilresektion gab die Patientin an, nur gelegentlich Rückenschmerzen gekannt zu haben, die aber nach kurzen Ruhephasen oder Wärmeapplikationen rasch rückläufig waren. Die osteopathische Begutachtung ergab folgende Befunde:

- ERS links C 3
- FRS rechts TH 7
- ERS links TH 12
- Zwerchfellhochstand rechts
- Hypertonus Pylorus
- Hypertonus Flexura duodenojejunalis
- Dünndarmptose
- Eingeschränkte Mobilität der Leber in Frontal – und Sagitalebene
- Hypertonus Omentum minus
- Hypertonus und Schmerzhaftigkeit des Sigmoid
- Schwacher cranio - sakraler Rhythmus
- Verbackene, teilweise schmerzhafte Laparotomienarbe
- Leicht kyphosierte Haltung

3.4 Zielparameter / Material

Es wurde eine schriftliche Befunddokumentation verwendet, diese sollte zu Beginn der Behandlung den Ausgangszustand der Patientin dokumentieren und somit auch im weiteren Verlauf der osteopathischen Behandlung als Vergleich gelten um Veränderungen der anfänglich gefundenen Befunde zu erfassen.

Die Schmerzintensität wurde über eine numerische Skala (0 – 10) erfasst und ausgewertet, wobei 0 für kein Schmerz und 10 für einen maximalen Schmerz stand. Der Umgang mit der Schmerzskala wurde der Patientin im Aufnahmetermin erklärt und sie wurde angehalten diese täglich selbst auszufüllen (siehe Anhang 6.2.1 und 6.2.2).

3.5 Untersuchungsdurchführung

1. Die Kontaktaufnahme erfolgte über die physiotherapeutische Praxis Therafit in Moers.
2. Eingangsgespräch, Erfassung von Konsultationsgrund und Krankengeschichte und osteopathische Befundaufnahme mittels eines Befundschemata (siehe Anhang)
3. Information der Patientin über die Teilnahme an einer Untersuchung und Einholen einer schriftlichen Einverständniserklärung.
4. Erhebung der Grundrate (Baseline) über einen Zeitraum von 14 Tagen; die Patientin füllte täglich die numerische Skala zur Erfassung der Schmerzintensität aus, wurde jedoch nicht behandelt.
5. Erste Interventionsphase: innerhalb von 14 Tagen fanden 2 Behandlungen statt, diese fanden am 1. und am 8.Tag statt. Die Patientin füllte täglich die numerische Skala zur Erfassung der Schmerzintensität aus.
6. Zweite Grundratenphase über einen Zeitraum von 14 Tagen; die Patientin füllte täglich die numerische Skala zur Erfassung der Schmerzintensität aus, wurde jedoch nicht behandelt.
7. Zweite Interventionsphase: wie in der ersten Interventionsphase fanden auch hier über einen Zeitraum von 14 Tagen 2 Behandlungen (1. und 8. Tag) statt; die Patientin füllte täglich die numerische Skala zur Erfassung der Schmerzintensität aus.
8. Abschlussuntersuchung / Abschlussgespräch

3.6. Datendokumentation und Auswertung

Aus der Bearbeitung der numerischen Skala zur Erfassung der Schmerzintensität resultierten 56 Datenpunkte. Diese wurden in Form einer Verlaufsgrafik visualisiert. Zusätzlich wurden die Unterschiede zwischen den Grundraten- und Interventionsphasen mit der Methode „ Prozentsatz Nichtüberlappender Daten " (PND) quantitativ ausgewertet.

Der PND ist ein deskriptisches Maß und gibt Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß Datenreihen sich – in statistischem Sinne – gleichen bzw. unterscheiden. Dabei wird immer eine Interventionsphase mit der vorhergehenden Grundratenphase verglichen. Zuerst bestimmt man das Minimum (kleinster Wert), sowie das Maximum (größter Wert) der Messwerte in der interessierenden Grundratenphase. Dann werden die Werte in der nachfolgenden Interventionsphase, die kleiner als das Minimum und / oder größer als das Maximum sind gezählt. Anschließend dividiert man die Anzahl dieser

Werte durch die Gesamtzahl der Werte in der Interventionsphase und multipliziert die resultierende Zahl mit 100. Dieses Ergebnis dieser Rechenschritte (in Prozent) ergibt den PND. Jetzt ist es zusätzlich noch wichtig anzugeben, in welcher Richtung die Daten nicht überlappen, d.h. ist es zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Schmerzwerte gekommen. Liegen jetzt die Werte der Interventionsphase unter den Werten der Grundratenphase so kann man von einer Verbesserung der Schmerzsymptomatik sprechen. Dabei ist natürlich der PND – Wert zu beachten, in wie weit diese Aussage reliable ist.

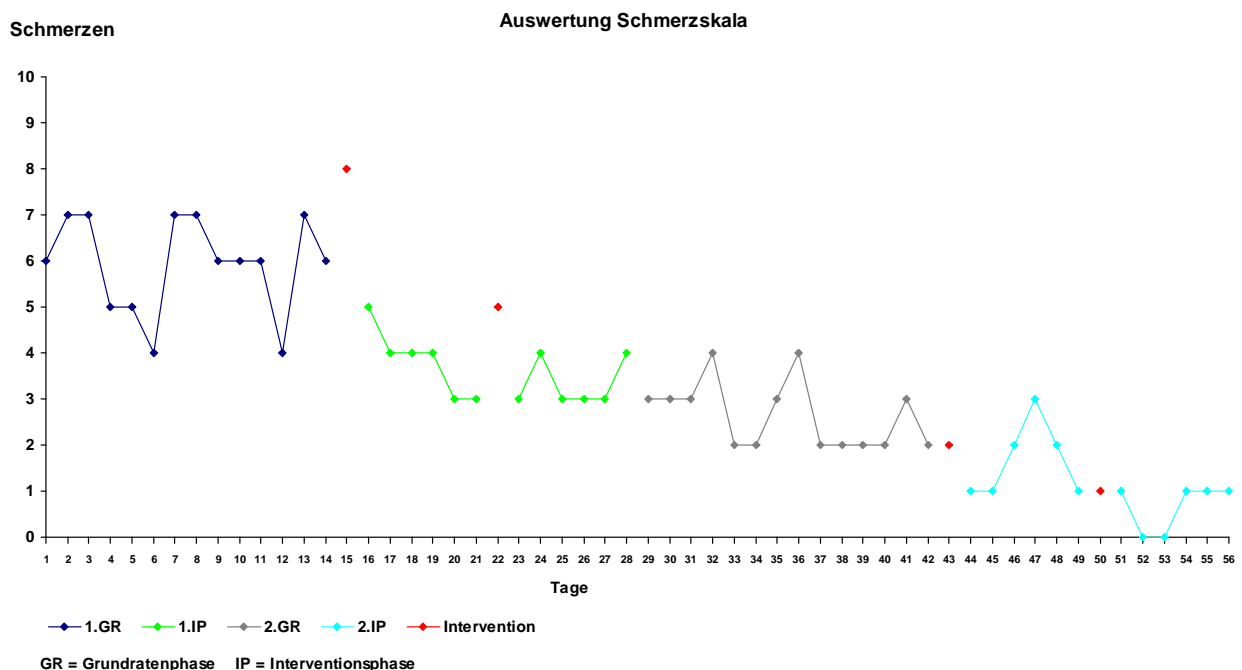
Eine Kennzahl wie der PND macht eine vergleichende Aussage über zwei Zahlenreihen beliebiger aber endlicher Länge in Form eines einzigen Zahlenwertes. Aufgrund des einfachen Prozentwertes ist er darüber hinaus leicht verständlich. Nach Scruggs et al (1986) kommt es zu folgendem Klassifikationsschema der PND – Werte:

PND – Werte über 90 % sprechen für sehr reliable Interventionseffekte, PND – Werte zwischen 70 und 90 % stehen für hohe Interventionseffekte, fragwürdige Interventionseffekte gelten bei PND – Werten von 50 – 70 % und PND – Werte unter 50 % stehen für unreliable Interventionseffekte.

Kapitel 4: Ergebnisse / Befunde

Die Verlaufskurve sollte 56 Datenpunkte sollgemäß erfassen, diese konnten auch vollständig erfasst und ausgewertet werden.

Die Datenpunkte verteilen sich in der Grundratenphase 1, Interventionsphase 1, Grundratenphase 2 und der Interventionsphase 2 gleich, mit jeweils 14 Datenpunkten. Wobei jeder Datenpunkt einen Tag erfasst.



Die Grafik veranschaulicht die Veränderung der Schmerzintensitätswerte über den gesamten Untersuchungsverlauf hinweg. Die Interventionen sind in der Grafik rot dargestellt und gehören datentechnisch zu den Datenpunkten der jeweiligen Interventionsphase.

Es fällt auf, dass sich der Verlauf der Kurve über den gesamten Zeitraum kontinuierlich nach unten bewegt, selbst in der 2. Grundratenphase, in der keine Interventionen stattfanden.

Die Methode der „ Prozentsatz Nichtüberlappenden Daten “ zeigte folgende Ergebnisse:

Der PND für die Interventionsphase 1 betrug 50 %, dieser Wert der Interventionsphase deutet nach Scruggs et al. (1986) auf fragwürdige Interventionseffekte hin. Der PND der Interventionsphase 2 betrug 71,43 %, dieser Wert deutet nach Scruggs et al. (1986) auf hohe Interventionseffekte hin. Der PND für die Interventionsphase 2 im Vergleich zur 1. Grundratenphase betrug 100 %, dieser Wert der Interventionsphase deutet nach Scruggs et al. (1986) auf einen sehr reliablen Interventionseffekt hin.

Die osteopathisch gefundenen Dysfunktionen in den Wirbelsäulenabschnitten der Hals – und Brustwirbelsäule konnten erfolgreich therapiert werden. Der Zwerchfellhochstand, sowie die eingeschränkte Mobilität der Leber in der Frontal – und Sagitalebene konnten innerhalb der ersten Intervention zufriedenstellend behoben werden. Die verbackene und teilweise schmerzhafte Laparotomienarbe konnte in ihrer Verschieblichkeit verbessert werden, allerdings bestanden zum Ende der Behandlungen immer noch fasziale Defizite mit einem kurzen schmerzhaften Narbenabschnitt. Der cranio –sakrale Rhythmus war deutlich ausdrucksstärker zum Ende der 2. Interventionsphase.

Der Hypertonus der Sphinkter Pylorus und Flexura duodenojejunalis hatten weiterhin Bestand. Der Tonus des Omentum minus und auch der des Sigmoideus inkl. der Schmerzhaftigkeit des Sigmoideus konnten zu dem Zeitpunkt nicht wesentlich verändert vorgefunden werden. Des weiteren hatte auch die Dünndarmpatose weiter Bestand. Das angegebene Völlegefühl und die unangenehmen Blähungen waren nach Aussage der Patientin subjektiv weniger geworden. Auch gab die Patientin an, dass ihr aufrechte Körperpositionen deutlich leichter fielen und die Schmerzsymptomatik im Vergleich zu Beginn der Behandlungen eigentlich nicht mehr bzw. kaum noch vorhanden waren. Gerade spezielle fasziale Dehnungsbehandlungen nach Barral und Paoletti, speziell im Bereich des Abdomen zeigen eine gute Wirkung und führten unter der Behandlung zu einer guten Entspannung der Patientin. Des weiteren kamen Techniken für`s Peritonenum nach Barral und Roussè zum Einsatz. Die eingeschränkte Mobilität der Leber konnte mit Techniken nach Barral gut behoben werden. Die parietalen Dysfunktionen der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte der HWS und BWS wurden mit Muskeltechniken nach Fred L. Mitchel jr. korrigiert. Im Cranialen Bereich kam das Protokoll der Blutleitertechniken nach Dr. Fryman zum Einsatz. Die intrakraniellen Membranen wurden mit direkten Techniken dekomprimiert.

Aufgrund des guten Ergebnisses der Studie konnte die Patientin für eine weitere Grundratenphase und einer anschließenden Interventionsphase motiviert werden. Auch in diesen beiden Phasen dokumentierte die Patientin wieder peinlichst genau ihre Schmerzsymptomatik und verzichtete weiterhin auf jedwede Schmerzmittel. Nach abgelaufener 14 – tägiger Grundratenphase schloss sich wieder eine 14 – tägige Interventionsphase an. Die osteopathischen Interventionen erfolgten wieder am 1. und am 8. Tag. In dieser Interventionsphase lag der Schwerpunkt der osteopathischen Techniken auf den noch gefundenen Dysfunktionen der reduzierten faszialen Verschieblichkeit der Narbe, sowie der Restschmerzsymptomatik dieser Narbe. Des

weiteren wurden die hypertonen Sphinkter Pylorus und Flexura duodenojejunalis behandelt, auch das Omentum minus und das Sigmoid inkl. seiner Schmerzhaftigkeit wurden osteopathisch mit faszialen Techniken nach Barral und Finet und Williame angegangen. Zusätzlich hatte ich der Patientin eine Ernährungsumstellung in Richtung mehr Frischkost wie Obst und Gemüse, mehr Flüssigkeitszufuhr in Form von stillem Mineralwasser angeraten. Die Patientin selbst wollte aus Eigeninitiative das Rauchen und den Kaffee – wie auch den Limonadenkonsum in dieser Studienphase deutlich reduzieren. Nach Abschluß dieser dritten Interventionsphase erstellte ich einen Abschlussbefund anhand der Problematik der Patientin und den gefundenen osteopathischen Dysfunktionen. Anhand der Schmerzskala war die Schmerzsymptomatik gänzlich verschwunden. Die hypertonen Sphinkter Pylorus und Flexura duodenojejunalis zeigten nur noch einen gering erhöhten Tonus. Die Schmerzhaftigkeit des Sigmoids war aufgehoben. Die unangenehmen Blähungen war deutlich weniger geworden und das ganze Wohlbefinden der Patientin war deutlich gestiegen. Die Dünndarmpatose zeigte sich weiterhin. Bezüglich der aufrechten Körperhaltung gab es keine nennenswerten Auffälligkeiten mehr.

Kapitel 5: Diskussion und Ausblick

Die Wirksamkeit einer osteopathischen Behandlung bei einer Patientin mit Rückenschmerzen nach Laparotomie und Schmerzresistenz nach physiotherapeutischer Anwendungen, konnte in dieser kontrollierten Einzelfallanalyse nachgewiesen werden.

Da der Pankreas aufgrund seiner Lage und Funktion mit allen Organen in enger Verbindung steht, integriert er Informationen der Bauchorgane direkt auf mechanischem, faszialem, arteriellem, venösem, lymphatischem, vegetativem, physiologischem und hormonellem Weg. Diese exponierte Stellung, die durch den operativen Eingriff und der damit verbunden Entstehung der Schmerzsymptomatik, wurde zum Anlass genommen die Hauptursache für die Problematik der Patientin hierin begründet zu sehen. Des weiteren wurde die operative Verletzung des Peritoneums als eine weitere Schlüsselläsion angesehen.

Die verbesserte Biomechanik des Muskelskelettsystems kann über die Muskeln und Faszien auch auf die Viscera gewirkt haben. So führt eine Verbesserung der Haltungsbalance zu einer erhöhten respiratorischen Effizienz und stärkt den Kreislauf, wodurch eine günstige Umgebung für das optimale Funktionieren der Viscera hergestellt wird. Des weiteren kam es hier sicherlich auch durch die osteopathische Intervention zur Beseitigung der faszilierten Segmente. Dieses bewirkt eine Harmonisierung der Aktivität des autonomen Nervensystems. Die Homöostase der Gewebe und die Signalleitung wurden verbessert. Dieses kann verschiedene Reflexbögen beseitigen, die zu den Problemen beigetragen haben. Die Behandlung des Diaphragmas verbesserte seine Exkursion, beseitigte Hindernisse im venolymphatischen Rückfluß und förderte die respiratorische Exkursion, was zur Mobilisierung der Körperflüssigkeiten durch eine verbesserte Atmung beitrug. Des weiteren wird hierdurch auch direkt die viscerale Mobilität verbessert. Eine Dysfunktion im Muskelskelettsystem des Körpers erhöht nachweislich den Energieverbrauch. Eine Funktionsveränderung in einem tragenden Gelenk kann den Energieaufwand deutlich erhöhen. Diese kann die Funktion anderer Systeme physiologisch verändern, was Auswirkungen auf das gesamte System hat. Durch Herstellung der funktionellen

Integrität des Muskelskelettsystems als Ganzes, konnte der Energieaufwand des Körpers insgesamt wieder verringert werden, was zu einer verbesserten physiologischen Homöostase beigetragen hat.

Meine Grundidee, dass die Operation und damit auch die dadurch entstandene Narbe die Hauptursache für die komplexe Symptomatik der Patientin war, wurde bei der Literaturrecherche bestätigt. Der Gedanke, dass die gestörte Faszien dynamik die Ursache war bestätigte sich beim studieren von Serge Paoletti's Aussagen zum Thema Faszien. In seinem Buch über Faszien sagt er aus, das Faszien vielfältige Aufgaben innerhalb unseres Körpers erfüllen, welches sich aus der ihrer Histo - / Physiologie ableiten lässt. In allen Körperabschnitten sind Faszien und damit im weiteren Sinne Bindegewebe vorhanden. Eine Untersuchung unter anatomischen und histo - / physiologischen Aspekten erlaubt uns die Aussage zu treffen, dass das Bindegewebe eine fundamentale Rolle für die Aufrechterhaltung aller Körperfunktionen spielt. Wie verschiedene Studien belegen, ist das Bindegewebe ein wichtiger Garant für die Funktionsfähigkeit des Körpers und somit für die Gesundheit. „ Das Bindegewebe verbindet nicht nur die unterschiedlichen Teile des Körpers, sondern im weiteren Sinne auch die zahlreichen Fachrichtungen der Medizin " (Paoletti 2001) Faszien haben die folgenden Funktionen in unserem Körper:

- Stützfunktion und Trägerfunktion
- Schutzfunktion
- Stoßdämpferfunktion
- Rolle in der Hämodynamik
- Abwehrfunktion
- Rolle bei der Kommunikation und Austausch
- Biochemische Funktion

Das Bindegewebe stellt eine lückenlose Verbindung zwischen den verschiedenen Körperteilen und Organen her. Es kommt an keiner Stelle zu einer Unterbrechung der Verbindung zwischen den Geweben, sondern es sind alle miteinander in Zusammenhang und tragen zum harmonischen, perfekten Funktionieren bei. In der Schlussbemerkung in Paoletti's Buch findet sich eine Aussage von A.T. Still die diese Aussage unterstreicht. Als A.T. Still vor mehr als einem Jahrhundert das osteopathische Konzept definierte, erkannte er bereits die grundlegende Bedeutung der Faszien, über die er folgendes sagte: „ Ich kenne kein Körperteil, das den Faszien als Aufgabengebiet gleichkäme. Mehr als jeder andere Teil des Körpers werden die Faszien, wenn sie einmal genau erforscht sind, reiche und goldene Gedanken hervorbringen. Von welchem Blickwinkel wir die Faszien auch betrachten, überall tun sich Wunder auf. Die Rolle des Faszien systems für Leben und Tod, ist eines der größten Rätsel, das es aufzulösen gilt. Faszien umhüllen jeden Muskel, jede Vene, jeden Nerv und sämtliche Organe des Körpers. Es gibt ein Netz von Nerven, Zellen und Röhren, die ein – oder austreten, sich kreuzen und die, ohne Zweifel, von Millionen von Nervenzellen und Fasern gefüllt sind, die Sekretion und Ausscheidung der lebenswichtigen und zerstörerischen Flüssigkeiten steuern. Durch ihre Funktion leben wir, durch ihr scheitern sterben wir. " Jüngste Studien zeigen, dass das Faszien system eine wesentliche Rolle im menschlichen Körper spielt. Das Bindegewebe kann als einheitliches Gebilde betrachtet werden, das die spezifischen parenchymatösen Zellen umhüllt und für deren Überleben und Regulation unerlässlich ist. Die Bewegung der Gewebe wird als ein konstantes dynamisches Zusammenspiel zwischen mechanischen und physiologischen Einflüssen und deren biologischen Konsequenzen betrachtet. Die Allgegenwart der Gewebe und ihre mannigfachen Funktionen führen dazu, dass die

fasziale Läsion als wesentlicher Bestandteil der osteopathischen Läsion, ja sogar als ihre Hauptursache zu betrachten ist. Struktur und Funktion sind Bestandteile einer untrennbaren Einheit, so sagte A.T. Still auch schon: „ Es gibt keinen wirklichen Unterschied zwischen Struktur und Funktion, sie sind die zwei Seiten der gleichen Medaille. Wenn uns die Struktur nichts über die Funktion sagt, haben wir sie nicht richtig betrachtet.“

In diesem vorstehenden Fall blieb die Überlegung, nach dem gewählten Studiendesign, ob eine weitere Grundrutenphase mit anschließender Interventionsphase eine weitere Verbesserung der Schmerzsymptomatik und Verbesserung der noch restlich bestehenden osteopathischen Dysfunktionen gebracht hätte. Da die Patientin für eine weiterführende Behandlung sehr dankbar war, wurde das Procedere um eine weitere Grund – und Interventionsphase fortgesetzt. Diese wurde in der Verlaufsgrafik nicht extra dokumentiert, da diese Fortführung nicht dem eigentlichen Studienentwurf entsprach. Es ging in dieser Fortführung der Behandlung nur darum zu sehen, ob die Problematik der Probandin weiter reduziert werden konnte und um entsprechende Informationen für weitere Studien dieses Patientklientels zu sammeln.

Die gute Compliance der Probandin in der Studienphase ist zu erwähnen, sie hat in der gesamten Studienphase auf Schmerzmedikamente verzichtet, um so ein objektives Ergebnis liefern zu können. Des Weiteren hat sie ihre Schmerzskala täglich immer zur gleichen Uhrzeit dokumentiert und die Interventionstermine peinlichst genau wahrgenommen.

Die Literaturrecherche hingegen war eher unbefriedigend, aus beruflichen Gründen musste ich mich auf vorhandene Literatur und Internetrecherche beschränken. Im Internet konnte ich zu dieser Thematik kaum verwertbare Artikel finden. Gerade hier hätte mich die genaue Anzahl der durchgeführten Laparoskopien pro Jahr interessiert. Zu diesem unbefriedigenden Ergebnis können aber auch sicherlich meine mangelnden Englischkenntnisse beigetragen haben.

Aufgrund dieser Einzelfallanalyse ist keine Aussage bezüglich einer generellen Behandlungsindikationen bei dieser Patientengruppe möglich. Dieses sollte über eine Gruppenstudie in der Zukunft weiter untersucht werden, da der vorliegende Fall ein ermutigendes Ergebnis an den Tag brachte. Bei einer Gruppenstudie sollte dann vielleicht auch über eine Vergleichsstudie nachgedacht werden, bei der ein Studiendesign mit zwei Grund – und Interventionsphasen mit einem Studiendesign mit drei Grund – und Interventionsphasen verglichen wird.

Kapitel 6: Literaturverzeichnis und Anhang

6.1 Literaturverzeichnis

Barral J. P.: Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie, Band 1, Urban & Fischer, München / Jena, 2002

Buekens, Jo, Osteopathische Diagnose und Behandlung, Hippokrates Verlag 2004

Dr. med. Wolf Diemer; Schmerzambulanz der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und Prof. Dr. rer. pol. Heiko Burchert; Fachhochschule Bielefeld Herausgeber: Robert Koch-Institut; Gesundheitsberichterstattung , Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Themenhefte 2006

Geisler, Linus, Innere Medizin, Kohlhammer Verlag 2002, 18. Auflage

Greenman, Philip E., Lehrbuch der Osteopathischen Medizin, Haug Verlag 2003, 2. durchgesehene Auflage

Hebgen, Eric ,Viszeralosteopathie – Grundlagen und Techniken, Hippokrates Verlag 2004, 1. Auflage

Koslowski, L.; Irmer, W.; Bushe, K.-A., Lehrbuch der Chirurgie, Schattauer Verlag 1982, 2. Auflage

Langer, Werner; Richter, Phillippe, Unterrichtsskripte der IFAOP, Die osteopathische Läsion, Das Becken, Die Wirbelsäule, Die Rippen, Reflextechniken, Kraniosakrale Osteopathie 1. + 2. Teil, Die Halswirbelsäule; 2000 - 2005

Liem, Thorsten, Praxis der Kraniosakralen Osteopathie, Hippokrates Verlag 2000

Liem, Thorsten, Kraniosakrale Osteopathie - Lehrbuch, Hippokrates Verlag 2001, 3. Auflage

Liem, T.; Dobler, T.K.; Puylaert, M., Leitfaden Viszerale Osteopathie, Elsevier GmbH 2005, 1. Auflage

Lippert, Lehrbuch der Anatomie, Urban & Schwarzenberg 1996, 4. völlig überarbeitete Auflage

Netter, Frank H. MD; Atlas der Anatomie des Menschen, Novartis 1999, 2 Ausgabe

Paoletti, Serge , Faszien – Anatomie – Strukturen – Techniken – Spezielle Osteopathie, Urban & Fischer 2001, 1. Auflage

Rössler; Pitzen, Orthopädie, Urban & Schwarzenberg 1989, 16. Auflage

Rohen; Lütjen – Drecol, Funktionelle Anatomie des Menschen, Schattauer GmbH 2006, 11. Auflage

Rohen; Lütjen – Drecoll, Funktionelle Embryologie, Schattauer GmbH 2004, 2. Auflage

Schäfer M., Krähenbrühl L., Büchler MW, Comparison of Adhesion Formation in Open and Laparoscopic Surgery. Digestive Surgery 15, 1998: 148 - 152

Schünke, Michael; Schulte, Erik; Schuhmacher, Udo; Voll, Markus; Wesker, Karl, Prometheus – Lernatlas der Anatomie Band 1 – 3, Thieme 2005 – 2006

Scruggs et al; PND - Klassifikationsschema (1986, zitiert nach Kern, 1997)

Staubesand, Jochen Professor Dr. med.; Sobotta Atlas der Anatomie des Menschen Band 1 und Band 2, Urban & Schwarzenberg 1988, 19. Auflage

Van den Berg, Frans, Angewandte Physiologie Band 1, 2 und 4, Thieme Verlag 1999, 2000, 2003

6.2 Anhang

6.2.1

Schema zur Dokumentation einer Patientenkonsultation / Behandlungsplanung (W. Langer)

„Wie untersuche ich einen Patienten?“

1. Grundsätzliche Fragestellungen

1.1 Die Konsultation

Was erwartet der Patient vom „Therapeuten“?

Welches ist die Aufgabe des „Therapeuten“?

Räumliche Anordnung in der Praxis!

1.2 Der Patient

Was heißt Patient

Was bedeutet Osteopathie? Was bedeutet Ganzheitlichkeit?

Was ist Krankheit?

2. Fallbezogenes Vorgehen

2.1 Befunderhebung:

2.1.1 Das Gespräch

- Konsultationsgrund: Was? Wann (seit wann?) Wie? Weshalb?...

- Krankengeschichte: chronologische Auflistung von:

- Krankheiten

- Operationen

- Unfällen

- Untersuchungen

- Behandlungen

- Bei Bedarf Informationen über Lebensgewohnheiten und Familienanamnese

2.1.2 Die osteopathische Untersuchung

- .. Der Sichtbefund
 - Allgemeinzustand
 - Haut, Auffälligkeiten, Farbe, Zonen
 - Haltung, Muskulatur, Symmetrie, Harmonie
 - Vorgehensweise: global, regional
- .. Tast- und Testbefunde
 - Tasten: Anatomie, Anomalien, Verspannungen
 - Testen: Bewegung
 - Vorgehensweise: Symptom analysieren und Ursachen suchen

Globale Untersuchung, Detailuntersuchung

- Testing: siehe einzelne Kurse (Ausschlussdiagnostische Tests)

2.2 Analyse der Befundung

- .. Differentialdiagnostische Analyse:
 - Deutung von klinischen Zeichen
 - Risikofaktoren erkennen
 - (s. Unterricht Diff. Diagnostik und Pathologie)
- .. Osteopathische Analyse:
 - Beschreibung von Dysfunktionen (s. Kurs parietale, viszerale, craniale Ketten)
 - Primäre und aphysiologische Dysfunktionen definieren
 - Ordnen nach Bedeutung und Chronologie

2.3 Behandlung:

- .. Erstellen eines Behandlungskonzeptes
 - Was ist primär in der Behandlung?
 - Was ist sekundär für die Behandlung
 - Was kann der Patient autoregulieren?
 - Was muss ich dem Patienten erklären und wie?
- .. Erstellen eines Behandlungskonzeptes
 - Welche „Techniken“ kann ich anwenden?
 - Was behandle ich in der ersten Sitzung?
 - Wie viele Behandlungen sind vorgesehen?
 - Zeitabstände

Möglichkeit für ein Erfassungsschema Gespräch (Dokumentation von 2.1.1)

Angaben Person
Konsultationsgrund
Krankengeschichte
Traumata
Operationen
Untersuchungen
Behandlungen
Sichtbefund (Dokumentation von 2.1.2)

Besonderheiten
Haltung
Symmetrie
Harmonie
Haut
Tast- und Testbefunde (Dokumentation von 2.1.2)

Global
WS / Becken
Faszien
Organe
Bewegungsapparat
LWS/BWS/HWS
Becken

Extremitäten
Viszeral
Fasziale Ebene
Organe
Differenzierung
Cranial
Global Rhyth/ Ampl.
Quadranten
Suturen
SSB
Membranen
Liquor
Differentialdiagnosen (Dokumentation von 2.2)

Differentialdiagnosen
Ausschlussdiagnosen
Analyse Symptom -Ursache (Dokumentation von 2.2)

Behandlung (Dokumentation von 2.3)

Konzept
Plan

Anhang 4: Osteopathische Untersuchung - Dokumentationsbogen

Fuß
..OSG
Talus anterior re . li . Talus posterior re . li .

..USG
Calcaneus anterior re . li . Calcaneus posterior re . li .
Calcaneus abduktion re . li . Calcaneus Adduktion re . li .
Calcaneus IR re . li . Calcaneus AR re . li .
..Naviculare

Naviculare IR re . li . Naviculare AR re . li .
..Cuboideum
Cuboideum IR re . li. Cuboideum AR re . li .
..Cuneiforme
Cuneiforme I dorsal re . li . Cuneiformel plantar re . li .
Cuneiforme II dorsal re . li . Cuneiformell plantar re . li .
Cuneiforme III dorsal re . li . Cuneiforme III plantarre . li .
..Metatarsale
Metatarsale I dorsal re . li. Metatarsale I plantar re . li .
Metatarsale II dorsal re . li . Metatarsale II plantar re . li .
Metatarsale III dorsal re . li. Metatarsale III plantar re . li .
Metatarsale IV dorsal re . li . Metatarsale IV plantar re . li .
Metatarsale V dorsal re . li. Metatarsale V plantar re . li .
..Zehen

Fibula

Art. tibiofib. inf. ant. re . li .Art. tibiofib.inf. post. re . li .
Art. tibiofib. sup. ant. re . li . Art. tibiofib. sup. post.re . li .
..Membrana interossea
Membrana interossea re . li .
Knie
Tibia
Tibia ant. re . li . Tibia post. re . li .
Tibia abd. re . li . Tibia add. re . li .
Tibia IR re . li . Tibia AR re . li .
Hüfte
..Fascialer Test
Fascialer Test re . li .
Hüfte ext. re . li . Hüfte flex. re . li .
Hüfte abd. re . li . Hüfte add. re . li .
Hüfte IR re . li . Hüfte AR re . li .
Foramen obtu. re . li .

Schulter

.....
.....

Ellbogen

.....
.....

Hand

.....
.....

Becken

..Symphyse

.....

..Pubis

Pubis sup. re . li . Pubis inf. re . li .

..Ilium

Ilium ant. re . li . Ilium post re . li .

..Sacrum

Sacrum ant. unilat. re . li . Sacrum post. unilat. re . li .

Sacrum ant. bilat. re . li . Sacrum post. bilat. re . li .

Sacrum ant. torsion re . li . Sacrum post. torsion re . li .

..Coccygeus

Coccygeus ant. . Coccygeus post. .

LWS

..L1-L5

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BWS

..Th1- Th12

.....
.....
.....
.....

HWS

..C0- C1

.....
.....

..C1- C2

.....
.....

..C3- C7

.....
.....
.....

Rippen

..C1- C12

.....
.....

Muskulatur

.....
.....
.....
.....

Cranial

..SSB

.....
.....

..Occiput

.....
.....

..Temporale

.....
.....

..PRI

.....
.....

..Sonstiges

.....
.....

Viszeral

..Diaphragma

Diaphragma cranial re . li . Diaphragma caudal re . li .

..Magen

Motilität.....

Ligamente:.....

.....

..Leber

Motilität.....

Ligamente.....

Omentum minus.....

.....

..Galle

Sphinkter oddi.....

Ductus cholidochus.....

.....

..Dünndarm

D1.....

D2.....

D3.....

D4.....

Radix mesenterii.....

.....

.....

..Colon

Flexura colica dextra.....

Flexura colica

sinistra.....

Ilioceacalklappe.....

.....

Caecum.....
.....
... Colon
aszendens.....
Colon
transversus.....
Colon
deszendens.....
Sigmoides.....
.....
.
Omentum
majus.....
.....
.....
.....
..Niere
Ligamente.....
Ptose.....
.....
..Urogenitaltrakt
.....
.....
..Beckenboden
Hypertonus re . li .
..Sonstiges

6.2.2 Schmerzskala

Numerische Skala zur Erfassung der Schmerzintensität
Instruktion und Skala:

Bitte geben Sie mit Hilfe der folgenden Skala an, wie stark ihre Schmerzen in den
vergangenen x Tagen durchschnittlich waren:

kein Schmerz	maximaler Schmerz
0	10
1	9
2	8
3	7
4	6
5	5
6	4
7	3
8	2
9	1