



Schlaganfall

Dr. med. Rainer Matejka

Der Schlaganfall (Apoplexie) ist durch ein schlagartiges Auftreten zentraler neurologischer Symptome gekennzeichnet. Deshalb nennt man ihn umgangssprachlich Schlaganfall beziehungsweise in der englischen Sprache auch ‚stroke‘. Schlaganfälle rangieren von allen Todesursachen an dritter Stelle. Sie treten in einer Häufigkeit von 150 auf 100.000 Einwohner auf.

75 Prozent der Schlaganfälle gehen auf eine Mangeldurchblutung (sogenannte Ischämie) zurück. In den meisten Fällen kommt es auf dem Boden einer Arteriosklerose zur Entwicklung von Thromboembolien, die die Blutdurchströmung im entsprechenden Hirnanteil verschlechtern. In einem geringeren Prozentsatz können auch herzbedingte Embolien, die sozusagen vom Herzen in das Gehirn abgeschossen werden, eine Ursache darstellen.

Besonders bestimmte Formen von Herzrhythmus-Störungen, zum Beispiel der absoluten Arrhythmie mit ständigem Rhythmuswechsel zwischen absoluter Arrhythmie und Sinusrhythmus, stellen ein Gefahrenmoment dar. Deswegen wird in jüngerer Zeit bei derartigen Rhythmusstörungen von seiten der Herzspezialisten häufig die konsequente Blutverdünnung (mit Marcumar®) empfohlen.

Symptome sind oft untypisch

Die typischen Vorboten des Schlaganfalls müssen keineswegs „typisch“ sein. Sie sind im Gegenteil oft untypisch, äußern sich häufig durch Schwindel, Übelkeit und Unsicherheit, mitunter auch Doppelsehen und Sprachstörungen.

Tritt die Symptomatik nur kurzzeitig für wenige Minuten, höchstens eine Stunde auf, sprechen wir von einer **transitorisch-ischämischen Attacke (TIA)**. Diese bildet sich vollständig innerhalb höchstens einer Stunde wieder zurück. Dennoch stellt sie einen wichtigen Warnschuss für den betroffenen Patienten dar und sollte Anlass sein, eine entsprechende Diagnostik und vor allem therapeutische Gegenmaßnahmen einzuleiten.

Das prolongierte **ischämischneurologische Defizit (PRIND)** beschreibt einen Zustand, bei dem sich innerhalb von 24 Stunden die neurologische Symptomatik wiederum zurückbildet. Auch sie stellt selbstverständlich einen Warnschuss dar, der zu weiteren therapeutischen Maßnahmen führen sollte und keinesfalls die Konsequenz „leben Sie weiter wie bisher“ beinhalten sollte.

Warnzeichen erkennen und rechtzeitig handeln

Ein Schlaganfall kündigt sich oft durch eine flüchtige Durchblutungsstörung des Gehirns an, sogenannte transitorische ischämische Attacken (TIA). Diese dauern meist nur wenige Minuten, allenfalls halten sie einige Stunden an. Sie sind ein Warnzeichen dafür, dass ein Schlaganfall in absehbarer Zeit

drohen kann. Wenn Sie eines der folgenden Warnzeichen bemerken, sollten Sie sofort einen Arzt aufsuchen:

- Schwäche, vorübergehende Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühle (im Bereich des Gesichtes oder des Arms)
- Sehstörungen, Doppelsehen
- Verlust der Sprechfähigkeit oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen
- Schwindel und Gangunsicherheit.

Hirnfarkt hat schwere Folgen

Zu unterscheiden von diesen eher harmloseren Varianten des Schlaganfalles sind der **fortschreitende Hirnfarkt**, der durch eine sich über mehrere Stunden und Tage verschlimmernde Symptomatik gekennzeichnet ist.

Ursache hierfür können infolge eines Blutstaus sich entwickelnde Wasseransammlungen im Gehirn (Hirnodeme) sein. Dadurch kommt es zu einer Mangelversorgung mit Sauerstoff und Traubenzucker (Glucose). Dies wiederum bewirkt einen Mangel energiereicher Zellstoffaktivatoren, wie zum Beispiel Adenosintriphosphat (ATP). Die Folge ist eine lokale „Übersäuerung“.

Der **klassische Hirnfarkt** schließlich ist durch eine nicht mehr fortschreitende neurologische Symptomatik gekennzeichnet, die sich aber auch nicht von selbst zurückbildet. Je nach dem, welche Anteile des Gehirns betroffen sind, entwickeln sich unterschiedliche Symptome. Handelt es sich beispielsweise um eine Thromboembolie im Bereich der vorderen Hirnarterie (Arteria cerebri anterior), entwickeln sich typischerweise halbseitige Beinlähmungen und Blasenentleerungsstörungen. Liegt der Sitz der Störung mehr im Bereich der mittleren Hirnarterie (Arteria cerebri media), ist von einer Halbseitenlähmung, die also sowohl Gesicht, einen Arm und ein Bein betrifft, als auch von einer Sprachstörung, der sogenannten Aphasie auszugehen.

Thromboembolien, die die hintere Gehirnarterie (Arteria cerebri posterior) betreffen, zeichnen sich typischerweise durch Befall des Sehzentrums im Gehirn (halbseitiger Gesichtsfeldausfall / Hemianopsie) und eine halbseitige Verminderung der Hautsensibilität (Hemihypästhesie) aus. Dabei ist zu beachten, dass der Sitz der Störung meist in der gegenseitigen Gehirnhälfte anzutreffen ist. Schäden im linken Gehirnteil äußern sich somit durch neurologische Symptome auf der rechten Körperhälfte und umgekehrt.

Unabhängig von den vorstehend beschriebenen mehr thromboembolischen Ursachen für Schlaganfälle kommen Einblutungen, sogenannte Massenblutungen, in 20 Prozent aller Schlaganfälle als Ursache in Frage. In weiteren fünf Prozent treten venöse Blutungen auf.

Die Unterscheidung, ob es sich um eine Ischämie durch Gefäßverschluss oder um eine Massenblutung handelt,



Schlaganfall

ist von vornherein nicht ohne weiteres möglich. Genaue Aussagekraft liefert nur die Computertomographie. Auch bei der Massenblutung treten nämlich vergleichbare Vorläufersymptome wie bei der sonstigen Ischämie auf: Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Unruhezustände, Reizbarkeit und später Bewusstlosigkeit.

Der Altersgipfel bei der Ischämie liegt um das 70. Lebensjahr, bei der Massenblutung etwas niedriger, nämlich bei 60 Jahren. Der klassische Schlaganfall mit Ischämie tritt typischerweise nach einer Ruhephase in den frühen Morgenstunden - ähnlich wie der Herzinfarkt - auf. Die Massenblutung entwickelt sich plötzlich nach körperlicher Aktivität und Belastung.

Hirninfarkte auf der Basis einer herzbedingten Embolie sind meist durch eine sogenannte Territorialisierung gekennzeichnet ohne sonstige Gefäßeinengung. Dies heißt im Klartext: Bei einwandfreien Hirngefäßen tritt plötzlich eine lokale infarzierte Zone auf. Von der Symptomatik ist dieser Fall von den übrigen nur schwer zu differenzieren, nur eine kardiologisch neurologische Diagnostik kann hier weiterhelfen.

Risikofaktoren vermindern

Für beide Schlaganfallgruppen bestehen ähnlich gelagerte Risikofaktoren. Im Vordergrund steht der **hohe Blutdruck**, die Hypertonie. An zweiter Stelle ist Nikotinmissbrauch, also das **Rauchen** zu erwähnen, wobei dieses wiederum den erstrangigen Risikofaktor, nämlich den Bluthochdruck begünstigt.

Weitere wichtige Risikofaktoren, die in diesem Zusammenhang bedeutsam sind:

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- erhöhter Alkoholkonsum
- Einnahme von Ovulationshemmern („Pille“)
- Blutfetterhöhungen (Hyperlipidämie)
- erhöhte Blutfließeigenschaften (Hämatokrit-Wert)
- fernerhin ein aus anderen Gründen verdicktes Blut mit erhöhter Zellzahl, zum Beispiel bei einer krankhaften Erhöhung der Blutplättchen (Thrombozytämie) oder der Polyzythämia vera, einer Knochenmarkserkrankung, bei der nicht nur die Blutplättchen, sondern auch rote und weiße Blutkörperchen erheblich vermehrt sind, so dass das Blut wesentlich zähflüssiger wird.

Akuttherapie des Schlaganfalls

Im Vordergrund steht zunächst eine Normalisierung des Blutdrucks. Häufig gehen Infarkte, vor allem Massenblutungen, mit erheblich erhöhtem Blutdruck einher. Aber auch bei thromboembolisch bedingten Hirninfarkten tritt häufig eine Blutdruckkrise auf. Ziel der Akuttherapie ist zunächst eine (sanfte) Normalisierung des Blutdrucks, zum Beispiel durch Einsatz von Nifedipin (Adalat® oder Clonidin (Catapresan®) zu erzielen.

Bei der Blutdruckabsenkung ist darauf zu achten, dass bei

Patienten mit dauerhaftem Bluthochdruck der Blutdruck nicht zu rasch abgesenkt werden sollte, weil ansonsten wiederum eine Mangeldurchblutung für das Gehirn droht. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, die Blutdruckwerte zunächst nicht unter 160 zu 90 Millimeter Quecksilber (mm Hg) abzusenken.

Ist der Blutdruck zu niedrig, sind blutdruckstützende Infusionen, z.B. mit Dopamin erforderlich. Derartige Therapien im Akutfall sind selbstverständlich der Klinik vorbehalten.

Kommt es zu Flüssigkeitsstauungen im Gehirn, dem sogenannten **Hirnödem**, bewährt sich der Einsatz osmotischer Diuretika außerordentlich gut. Dabei handelt es sich um starke Entwässerungsmittel, z.B. Sorbit oder Mannit. Sie sind zum Beispiel unter dem Handelsnamen Tutofusin S 40® im Handel. Diese Präparate sollen allerdings bei Massenblutungen nur kurzzeitig eingesetzt werden, weil ansonsten eine nachfolgende verstärkte Blutung nicht ausgeschlossen ist. Ich selbst habe jedoch mit diesen Infusionen in früherer klinischer Tätigkeit sehr gute Erfahrungen gemacht, übrigens auch bei anderen das Gehirn betreffenden Beschwerden, zum Beispiel heftigen Gehirnerschütterungen.

Der Einsatz von Cortison ist umstritten. Bei der Thromboembolie ist kein wirksamer Nutzen erkennbar. Bei Massenblutungen soll jedoch der hoch dosierte Einsatz von Cortison, zum Beispiel als Dexamethason, positive gefäßabdichtende Effekte erzielen, so dass dadurch das Fortschreiten der Blutung verringert werden kann.

Für die Weiterbehandlung bewährt sich aus der Sicht der Neurologie die Normalisierung des Blutdickewertes (Hämatokrit-Wert). Dieser Wert wird in der Naturheilkunde sehr beachtet, spielt aber ansonsten in der klinischen Medizin – mit der einen Ausnahme des neurologischen Bereiches – so gut wie überhaupt keine Rolle.

Die deutschen Normparameter für den Hämatokrit-Wert sind deutlich überhöht. Die meisten Labors geben einen Normbereich von 37 bis 50 Prozent an. Der Hämatokrit-Wert beschreibt die prozentuale Menge der im Blut vorhandenen Zellen. Je höher der Wert, um so zähflüssiger ist das Blut. Im Rahmen von Schlaganfällen sollte versucht werden, den Hämatokrit-Wert auf unter 40 zu senken, einige Autoren geben sogar Werte von unter 37 an.

Aderlaß verdünnt das Blut

Bei extremem Bluthochdruck, der sogenannten hypertensiven Krise, gleichzeitig bestehender Herzschwäche und erhöhtem Hämatokrit-Wert, sollte der klassische Aderlass durchgeführt werden. Liegen nur leicht erhöhte Blutdruckwerte vor, bietet sich beim Schlaganfall eine isovolämische Hämodilution an. Dies bedeutet, die entnommene Blutmenge von bis zu 500 Milliliter wird durch einen Plasmaexpander rückinfundiert. Heutzutage wird meistens Hydroxyäthylstärke (HES in einer Konzentration von zehn Prozent) verwendet.



Schlaganfall

Liegt eine Mangel durchblutung im Gehirn bei niedrigem Blutdruck vor, bietet sich die hypervolämische Hämodilution ohne Aderlass an. Es wird lediglich der Plasmaexpander HES infundiert, unter Umständen bis zu zweimal täglich 250 Milliliter.

Zusätzlich ist auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr im Krankenhaus in der Regel über Infusion zu achten. Für die weitere Behandlung bieten sich zur Blutverdünnung der Einsatz von Acetylsalicylsäure, zum Beispiel ASS100® an.

Liegt die Ursache des Schlaganfalls in einer herzbedingten Embolie, wird in der Regel über mehrere Tage Heparin verabreicht. Liegt eine Massenblutung vor, ist logischerweise die Verwendung von blutverdünnenden Mitteln wie Aspirin® und Heparin nicht angezeigt.

Patienten frühzeitig wieder aktiv werden lassen

Für die weitere Behandlung und Rehabilitation spielt die Physiotherapie eine wichtige Rolle. Dies beginnt schon mit der richtigen Lagerung des Schlaganfallpatienten. Eine Lagerung sollte nicht in Beugstellung erfolgen, um Gelenkfehlstellungen, die mit Bewegungseinschränkung verbunden sind, nach Möglichkeit zu vermeiden. Eventuell gelähmte Gliedmaßen sollten durch Kissen entsprechend abgestützt und der Patient häufig umgelagert werden, um „offene Stellen“ (Dekubitus) zu vermeiden.

Sobald als möglich, soll mit krankengymnastischen Übungen begonnen werden, die auf neuro-physiologischer Grundlage durchgeführt werden. Ziel ist es, ausgefallene Bewegungsmuster erneut zu erlernen und die Muskulatur zu kräftigen.

Gleichzeitig soll der Patient frühzeitig aktiviert werden. Das Gehirn ist nämlich in der Lage, ausgefallene Bereiche durch Überlernen zumindest teilweise auszugleichen.

Auf der anderen Seite muss berücksichtigt werden: Jeder Schlaganfall betrifft letztendlich das gesamte Gehirn und hinterlässt im tieferen Sinne Spuren beim Patienten. Diese äußern sich vor allem auch in psychovegetativer Labilität. Nicht umsonst sagt man, der Schlaganfallpatient habe „nah am Wasser gebaut“.

Ergänzend zu physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen treten ergo- und logotherapeutische Verfahren hinzu, die vor allen Dingen die Sprachfähigkeit des Patienten trainieren sollen.

Vorbeugen ist besser als heilen

Diese begleitenden therapeutischen Anwendungen bei Schlaganfällen stellen sicherlich einen wesentlichen Fortschritt im Verlaufe der letzten 25 Jahre dar, wenn wir bedenken, dass noch in den 60er Jahren bei einem Schlaganfall Patienten fast „nichts“ gemacht wurde. Bildeten sich seine Symptome nicht spontan innerhalb weniger Tage zurück,

wurde er schlicht und einfach als Pflegefall entlassen. Der Aufwand, den unser modernes Gesundheitswesen zum Glück heute mit diesen Patienten treibt, bedeutet neben echtem Fortschritt aber auch einen erheblichen Kostenfaktor.

Vordringliches Ziel sollte allerdings sein, die Vorbeugung zu verstärken, denn genauso wie der Herzinfarkt ließe sich auch der Schlaganfall im beträchtlichen Umfange von vornherein vermeiden. Sicherlich bietet die Naturheilkunde im Rahmen eines akuten Schlaganfallgeschehens nur relativ wenige therapeutische Ansätze. In der begleitenden Behandlung für die Zeit danach, vor allem aber in der Vorbeugung, offeriert die Naturheilkunde allerdings eine Fülle sinnvoller Optionen.

Hierzu gehören zunächst die konsequente Deutung der Warnsymptome. Besonders bei pyknischen oder athletischen Patienten mit Tendenz zu erhöhtem Blutdruck gilt es, wachsam zu sein. Diese Menschen sollte die alte Weisheit des griechischen Arztes Hippokrates (460 bis 370 v. Chr.) berücksichtigen, zweimal jährlich vorbeugend einen Aderlass durchführen zu lassen. Konsequenter sollten Risikofaktoren durch eine Optimierung der Ernährungsweise und tägliche körperliche Bewegung verringert werden.

Vegetarisch genießen ist am gesündesten

Vorzuziehen ist eine überwiegend vegetarisch ausgerichtete Kost mit ausreichendem Rohkostanteil und hochwertigen Fetten (zum Beispiel kalt gepresstes Olivenöl). Dies schafft auch die Voraussetzung zu Gewichtsnormalisierungen (Übergewicht stellt einen weiteren Risikofaktor dar). Würde man diese Maßnahmen konsequent der Bevölkerung ans Herz legen und würden sie nur halbwegs konsequent umgesetzt, könnte die Schlaganfallhäufigkeit von vornherein drastisch verringert werden.

Rehabilitation

In den vergangenen Jahren wurden an Universitäten und großen Kliniken zunehmend Spezialeinheiten gegründet, sogenannte „stroke units“, deren Aufgabe es ist, möglichst frühzeitig eine optimale Behandlung für den betroffenen Patienten einzuleiten. So begrüßenswert dies im Prinzip ist: Auch hier handelt es sich letztendlich um eine „Pille-danach-Medizin“, die die kostengünstigere und einfachere Vorbeugung außer acht lässt.

In der Rehabilitationsphase bietet die Naturheilkunde, neben physiotherapeutischen Verfahren, Reflexzonenverfahren an, zum Beispiel die Akupunktur, besonders die Schädelakupunktur nach Yamamoto. Zu denken ist aber auch an die Fußreflexzonenmassage oder die Akupunktur-Massage nach Penzel.

Die Pflanzenheilkunde (Phytotherapie) bietet uns mit Ginkgo biloba eine Pflanze an, die inzwischen durch zahlreiche Studien in ihren Effekten verifiziert wurde. Sie ist imstande, die zentralnervöse Durchblutung zu verbessern.



Schlaganfall

Vor allem bei älteren Menschen sollte man immer auch an die latente Herzschwäche als weitere Ursache für eine Mangel durchblutung im Gehirn denken. Dann kann sich aus naturheilkundlicher Sicht die Kombination Weißdorn und Ginkgo sehr bewähren, zum Beispiel in Form des Kombinationspräparates Cefavora®.

Schlaganfall muss nicht sein

Als Fazit lässt sich sagen: Abgesehen von angeborenen Gefäßanomalien, die plötzlich platzen könnten, stellt der Schlaganfall in den meisten Fällen eine Zivilisationskrankheit dar, die sich durch Vorboten zu erkennen gibt, mindestens aber bevorzugt bestimmte Konstitutionstypen, und zwar überwiegend „kräftige“ Menschen befällt, die zudem an typischen Zivilisationserscheinungen wie erhöhtem Blutdruck, erhöhten Blutfetten oder Zuckerkrankheit leiden. Er fällt daher nicht zufällig vom Himmel, sondern ist ursächlich zu begründen und auch zu therapieren.

Neben der Verminderung der Herzinfarkttrate könnte eine Verminderung der Schlaganfallrate auf relativ einfache Weise erzielt werden, wenn auf die Vorboten und mögliche vorbeugende Maßnahmen stärker hingewiesen würde und vor allem die Risikogruppen mehr als bisher bereit wären, durch Umstellung der Lebensführung vorhandene Risikofaktoren zu minimieren oder zu vermeiden. Der gesundheitsökonomische Vorteil aus diesem Sachverhalt ergibt sich von selbst.

Weiterführende Literatur

Vester, F.: Denken, Lernen, Vergessen
Holler, J.R.: Power für die grauen Zellen
Schiebler, T: Lehrbuch der Anatomie

Verfasser

Dr. med. Rainer Matejka, Kassel

Quelle Naturarzt 1/2000

Wir wünschen Ihnen ein aktives Leben in Gesundheit! Werden Sie Mitglied im Deutschen Naturheilbund eV oder in einem seiner angeschlossenen Vereine. Bei uns lernen Sie wirksame Therapien, erfahrene Therapeuten und geeignete Naturheilmittel kennen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

Deutscher Naturheilbund eV

Bundesgeschäftsstelle
Christophallee 21
75177 Pforzheim
Telefon 07231 / 4629 282
Telefax 07231 / 4629 284
E-Mail: info@naturheilbund.de
www.naturheilbund.de

*Der Natur
und dem Leben vertrauen!*