



Hintonia

Wenn man von einem ‚Metabolischen Syndrom‘ spricht, so geht das im Wesentlichen um das Zusammentreffen von mindestens drei von fünf Merkmalen: Adipositas, Hypertonie ($\geq 130/85$ mmHg), erhöhte Blutfettwerte: Triglyceride ($\geq 1,7$ mmol/l bzw. ≥ 150 mg/dl), HDL-Cholesterin ($\text{♂} > 1,0$ mmol/l bzw. > 40 mg/dl, $\text{♀} > 1,3$ mmol/l bzw. > 50 mg/dl) sowie ein Nüchtern-Blutzucker über $6,1$ mmol/l (> 110 mg/dl). Das Auftreten eines Faktors führt bereits zu einem erhöhten Risiko von Gefäßveränderungen, bei mehreren Faktoren gleichzeitig vervielfachen sich die Risiken der kardiovaskulären Erkrankungskomplikationen. Es ist inzwischen eine Tatsache, dass das Metabolische Syndrom bereits bis zu zehn Jahre vor Entdeckung des Diabetes vorhanden sein kann.

Pathophysiologisch treten beim Diabetes mellitus Typ 2 neben einer Insulinresistenz des peripheren Gewebes auch eine Störung der Insulinsekretion auf Grund eines ?-Zelldefektes und eine überschüssige hepatische Glukoneogenese auf.

Folgende Zeichen können auf eine akute Hyperglykämie hindeuten:

- Polyurie, Polydipsie, Nykturie
- Müdigkeit, Leistungsschwäche
- Allgemeine Infektanfälligkeit
- Pruritus
- Kopfschmerzen und Schwindel
- Gastrointestinale Beschwerden, wie Übelkeit und Erbrechen
- Muskelkrämpfe
- Bewusstseinsstörungen

Neben den akuten Problemen, die mit der Hyperglykämie zusammenhängen, stellen diabetesassoziierte Sekundärfolgen ein großes Problem da:

- Sehstörungen durch ophthalmologische Komplikationen
- Neurologische Beschwerden

Alternativmedizinische Behandlung:

Metabolisches Syndrom, Prä-Diabetes, Diabetes mellitus Typ 2

von Fabian Müller

- Nephropathie
- Vorzeitige Arteriosklerose
- Fuß- und Handprobleme (nerval und zirkulatorisch)
- Erektile Dysfunktion
- Menstruationsstörungen

Nur 50% der Patienten mit unbehandeltem Diabetes zeigen klassische Symptome. Die Früherkennung hat also eine große Bedeutung! Denn bereits zu diesem Zeitpunkt besteht das Risiko von Gefäßveränderungen mit kardiovaskulärer Beteiligung. Die klassischen Diabeteswerte, wie Nüchternblutzucker, HbA1c und oraler Glukosetoleranztest, sind für eine Früherkennung nicht immer ausreichend. Hier empfiehlt sich die Bestimmung von Adiponectin und/oder Proinsulin. Hiermit kann eine sich entwickelnde Insulinresistenz frühzeitig erkannt werden. Auch sollte bei Patienten, die mit unspezifischer Symptomatik in unsere Praxen kommen, wie z.B. Leistungsminderung, Müdigkeit oder Infektanfälligkeit, ein möglicher Diabetes mellitus differentialdiagnostisch bedacht und labortechnisch ausgeschlossen werden.

Für die Diagnose des Diabetes mellitus sind drei Wege möglich:

1. Unabhängig von der Tageszeit und der letzten Mahlzeit gemessene Plasmaglukose von mehr als 200 mg/dl bei gleichzeitigem Vorhandensein von diabetestypischen Symptomen.
2. Nüchtern-Plasmaglukose von mehr als 126 mg/dl (kapillares Vollblut > 110 mg/dl). Im Bereich 110 - 125 mg/dl Plasmaglukose (kapillares Vollblut 100 - 109 mg/dl) spricht man von einer pathologischen Nüchternglukose.
3. 2 Stunden-Wert im oralen Glukosetoleranztest von mehr als 200 mg/dl. Im Bereich 140 - 199 mg/dl spricht man von einer pathologischen Glukosetoleranz.

Prä-Diabetes und idiopathisches postprandiales Syndrom rechtzeitig erkennen

Die Begriffe „pathologische Nüchternglukose“ und „pathologische Glukosetoleranz“ werden in der Alternativmedizin meist als ‚Prä-Diabetes‘ bezeichnet. Bei einigen Patienten in unserer Praxis konnten wir im oralen Glukosetoleranztest beobachten, dass trotz normalem Nüchternglukose- und physiologischem 2-Stundenwert extrem hohe Glukosekonzentrationen innerhalb der ersten beiden Stunden auftraten. Diese Patienten entwickelten häufig starke Abfälle der Glukosekonzentration. In der dritten bis fünften Stunde des Tests kam es regelmäßig zu Unterschreitung der Normwerte des 5-Stunden-OGTs. Hierbei traten auch typische Hypoglykämiesymptome (Unruhe, Reizbarkeit, Zittern, Schwitzen, Schwäche, Konzentrationsschwäche) auf. Dieses Krankheitsbild wird als idiopathisches postprandiales Syndrom oder adrenerges postprandiales Syndrom bezeichnet. Wir betrachten dies als Vorstadium des Prä-Diabetes.

Ziel der alternativmedizinischen Behandlung sollte sein, die Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 2 zu verhindern.

Wenn er sich schon manifestiert hat, so muss mit einer ganzheitlichen Alternativbehandlung eine gute Einstellung des Zuckerstoffwechsels herbeigeführt werden, um langfristige Komplikationen z.B. an Blutgefäßen, Nieren und Augen zu verhindern. In weit fortgeschrittenen Fällen kann aber die Alternativmedizin gut als Begleitbehandlung zu oralen Antidiabetika oder Insulin angewendet werden, und eine Einsparung der schulmedizinischen Medikation oder eine bessere Einstellung herbeiführen.

Die ganzheitliche alternativmedizinische Behandlung baut auf drei Säulen auf:

- Ernährung
- Organotrope Therapie
- Konstitutionelle, personotrope Therapie

1. Ernährung:

Wir empfehlen unseren Patienten bei allen drei Formen (idiopathisches postprandiales Syndrom, Prä-Diabetes, Diabetes mellitus Typ 2) mindestens 5 Mahlzeiten täglich einzunehmen und die Ernährung anhand des Glykämischen Index auszurichten. Hierbei werden die Nahrungsmittel auf Grund der Geschwindigkeit des Glukoseanstiegs klassifiziert. Je höher der Glykämische Index, desto schneller steigt die Konzentration nach Nahrungsaufnahme an. Der Glykämische Index hat sich in letzter Zeit zu einer Modediät (Glyx-Diät) zur Gewichtsreduktion entwickelt. Wir sahen in unserer Praxis sehr häufig, dass sich hierbei das Gewicht in beide Richtungen bei Patienten mit gestörtem Zuckerstoffwechsel normalisiert. Adipöse Patienten nahmen ab, Patienten mit einem niedrigen Bodymass-Index nahmen zu. Hieraus schließen wir, dass bei dieser Diät primär nicht eine Reduktion bewirkt wird, sondern eine Normalisierung des Zuckerstoffwechsels.

2. Organotrope Therapie – Phytotherapie

Die organotrope Therapie des idiopathischen postprandialen Syndroms ist mit verschiedenen Mitteln möglich. Zur Mittelwahl verwenden wir als kinesiologischen Test die Physioenergetik nach van Asche, wobei hier die Grenzen zwischen organotroper und konstitutioneller Therapie fließend sind. Bei Störungen im Bereich der Hypophyse zeigt sich häufig der asiatische Ginseng (z.B. Ginseng Curarina) als passend, bei Störung des Pankreas das Spurenelement Chrom und bei Störungen der Nebenniere Eleutherokokkus (z.B. Eleu Curarina). Bei der organotropen Therapie des Prä-Diabetes oder manifesten Diabetes

mellitus Typ 2 kommt in unserer Praxis Hintonia (Hintonia latiflora; z.B. Sucontral) zum Einsatz. Hintonia ist ein naher Verwandter des Kaffeestrauchs und gehört zur Familie der Rubiaceae. Aus der mittel- und südamerikanischen Volksheilkunde ist der Einsatz von Tee-Auszügen zur antidiabetischen Therapie bekannt. Die in dieser Pflanze enthaltenen Neoflavone (z. B. Coustareagenin) greifen am Insulinrezeptor der Körperzelle an, um die bestehende Insulinresistenz abzumildern. Zusätzlich zeigen die enthaltenen Bioflavonoide eine antioxidative Wirkung, indem sie freie Radikale abfangen.

3. Konstitutionelle Therapie

Bei der konstitutionellen Therapie gibt es viele Möglichkeiten. Wir verwenden in unserer Praxis die klassische Homöopathie. Es wird nach ausführlicher homöopathischer Anamnese unter Berücksichtigung von körperlichen und psychischen Symptomen, sowie der Allgemeinerscheinungen und Modalitäten, das Konstitutionsmittel reparatorisch. Andere Verfahren wie die Akupunktur nach Puls- und Zungendiagnose nach den Regeln der TCM, Phytotherapie nach Irisdiagnostik, Spagyrik, Bachblüten können ebenfalls eingesetzt werden.

Kasuistiken

Wie oben beschrieben, hat eine alternativmedizinische Diabetestherapie am meisten Effekt, wenn Ernährung, organotrope und konstitutionelle Behandlung miteinander kombiniert werden. Um eine bessere Anschaulichkeit herbeizuführen, wurden hier nur Fälle aufgeführt, bei denen die Wirksamkeit der konstitutionellen oder organo-

tropen Therapie einzeln betrachtet werden können.

Kasuistik 1:

Bei einer 52-jährigen Patientin wurde in einer allgemeinmedizinischen Praxis als Zufallsbefund ein Diabetes mellitus Typ 2 festgestellt. Nach mehrmonatiger Ernährungsumstellung zeigte sich immer noch ein regelmäßig deutlich erhöhter Nüchternblutzucker bei grenzwertigem HbA1c. Der Hausarzt verordnete daraufhin ein orales Antidiabetikum, welches aber von der Patientin abgelehnt wurde.

Auf der Suche nach einer alternativmedizinischen Behandlung wurde die Patientin im März 2004 in unserer Praxis vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt arbeiteten wir in unserer Praxis schwerpunktmäßig konstitutionell. Daher erfolgte bei dieser Patientin keine organotrope Therapie, obwohl dies nach unserem heutigen Kenntnisstand sinnvoll wäre.

Nach homöopathischer Anamnese und Reperatorisation wurde Arsenicum album C1000 einmalig als Trockengabe verordnet. In den nächsten Monaten wurde durch den Hausarzt regelmäßig der Nüchternblutzucker und der HbA1c kontrolliert. Beide waren stets in der Norm. Das orale Antidiabetikum wurde bei der Patientin nicht eingesetzt. (Tab. 1)

Kasuistik 2:

Bei einer 66-jährigen Patientin wurde 2005 von einem Endokrinologen ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert. Der Patientin wurde 1x tgl. ½ Tablette Metformin verordnet. Im Juni 2007 wurde die Patientin mit dem Wunsch, Metformin gegen ein alternativmedizinisches Präparat auszutau-

1/4 Seite quer
185 x 62 mm

1. Urin-Zucker	1	108
2. Gemitt-Gesellschaft-Verhalten nach	1	134
3. Gemitt-Gewissenhaft p6tlich genau in bezug auf K6nigk6ter	1	95
4. Magen-Durst-keine Magen, auf	1	47
5. Allgemeines-K6lte-agg.	1	281
6. Allgemeines-Schw6che-F6hligkeit mit	1	10
7. R6cken, Schwei6	1	54
8. Allgemeines-Sp6ssen mit 6t6ndike-6emize-Verhalten	1	37

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	8/10	7/15	6/17	6/13	6/11	6/10	6/9	6/8	5/13	5/12	5/11	5/11	5/11	5/10	5/10	5/8	5/7	4/9	4/8	4/8	4/7
1.	1	2	3	2	3	1	2	2	3	1	2	-	2	2	2	-	1	-	1	-	1
2.	3	1	3	2	1	2	1	1	4	2	-	-	1	2	3	3	-	2	2	2	2
3.	4	3	3	2	1	1	1	1	-	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	-
4.	3	2	3	1	-	1	1	2	1	-	2	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-
5.	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3
6.	3	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
7.	1	3	2	3	2	2	1	1	2	3	3	2	2	1	-	1	1	2	-	1	1
8.	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-

Tabelle 1

schen, in unserer Praxis vorstellig. Eine klassisch-hom6opathische Anamnese war der Patientin zu kostspielig, so dass wir uns hier auf eine organotrope Therapie beschr6nken und wir arbeiteten mit den Patientin einen Ern6hrungsplan aus. Das Metformin wurde abgesetzt. Wir verordneten Sucontral Tropfen 3x tgl. 30; Cuvital morgens 1 Kps. (wegen des hohen Homocysteinspiegels); Unizink abends 1 Tbl. Obwohl die Ern6hrungshinweise 6fters nicht gut eingehalten wurden, verbesserten sich die Laborparameter deutlich. Sogar der extrem hohe Gesamtcholesterinspiegel normalisierte sich. (Tabelle 2)

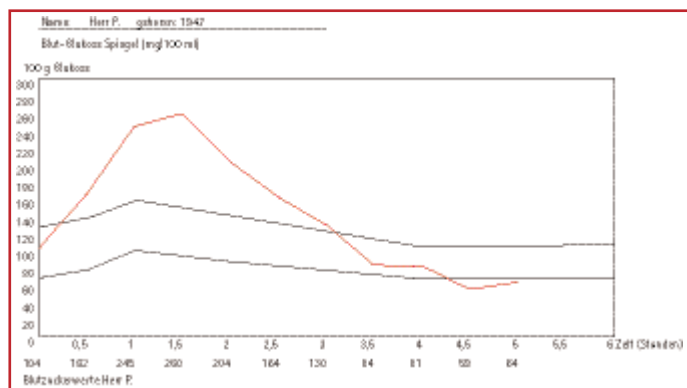
Kasuistik 3:

Bei einem 54-j6hrigen, adip6sen Patienten (112kg, 168 cm, BMI 39,7) wurden im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersu-

	Juni 2007	Februar 2008
HbA _{1c}	6,2	5,8
Gesamtcholesterin	325	281
HDL-Cholesterin	217	112
LDL-Cholesterin	101	100
LDL-HDL-Quotient	2,15	0,97
Homocystein	125	6,1

Tabelle 2

chung 2007 erh6hte Blutzuckerwerte festgestellt. Im M6rz 2008 wurde der Patient in unserer Praxis vorstellig. Wir f6hrten in



Graphik

	HbA _{1c} (%)	Therapie
12/06	6,1	
12/06-01/07		Ern6hrung mit Hom6opathie
01/07	6,5	
01/07-01/08		Ern6hrung, Hom6opathie mit Sucontral 3 x tgl. 30 Tropfen
01/08	5,8	
Ab 01/08	5,8 (2/08)	Ern6hrung mit Sucontral

Tab. 3

unserer Praxis mit dem Patienten einen oralen Glucosetoleranztest durch. Nullwert (N6chternblutzucker) lag bei 120 mg/dl, 2-Stunden-Wert bei 244. Der HbA_{1c} lag bei 6,6%. Wir empfahlen dem Patienten seine Ern6hrung anhand des Glyk6mischen Index auszurichten, und verordneten Sucontral Tropfen 2x tgl. 30 Tropfen vor den Hauptmahlzeiten. Im Juni 2008 lag der HbA_{1c} bei 5,8%. Der Patient erstellte mehrmals im Monat Blutzuckertagesprofile. Dabei zeigten sich alle Werte nach der morgendlichen Sucontral-Einnahme in der Norm. Nur der N6chternblutzucker war regelm66ig erh6ht. Wir verordneten daraufhin zus6tzlich zu den Sucontral-Tropfen (2x tgl. 30 ac) noch Sucontral D Kapseln (1 Kps. direkt vor dem Schlafengehen).

Im Oktober 2008 lag der HbA_{1c} konstant bei 5,8%. Die N6chternblutzuckerwerte waren alle in der Norm. Es traten keine hypoglyk6mischen Phasen auf.

Kasuistik 4:

Bei einem 59-j6hrigen Patienten wurde am 2. Weihnachtsfeiertag 2006 wegen unklaren Fiebers eine Urinuntersuchung durchgef6hrt. Dabei zeigte sich im Urin Glukose hoch positiv. Es wurde daraufhin ein Spontanblutzucker von 178 mg/dl und ein HbA_{1c} von 6,1% festgestellt. Als Ursache des Fiebers stellte sich ein grippaler Infekt heraus.

Da der Patient auch 6ber rezidivierende hypoglyk6mieartige Symptome (Unruhe, Zittern, Schwei6ausbr6che, Palpationen) klagte, f6hrten wir nach den Feiertagen einen f6nfst6ndigen oralen Glucosetoleranztest durch. (Graphik)

Es zeigte sich eine hyperglyk6mische Phase mit Maximum nach 1,5 Stunde (260 mg/dl). Danach fiel der Blutzucker um durchschnittlich 65 mg/dl/h auf ein Minimum von 59 mg/dl 4,5 Stunden nach der Glukoseaufnahme. In dem Zeitintervall zwischen Maximum und Minimum klagte der Patient 6ber Unruhe, Zittern, Palpationen, Schw6chegef6hl und Schwei6ausbr6che. Diese hypoglyk6mieartigen Symptome sind mit dem schnellen Blutzuckerabfall zu erkl6ren, auch wenn die als hypoglyk6misch definierten Werte nicht erreicht wurden. Wir vermuten, dass bei dem Patienten ein idiopathisches postprandiales Syndrom vorlag, welches sich durch den grippalen Infekt zu einem Diabetes mellitus verkompliziert hatte.

Es wurde eine Ern6hrungsumstellung anhand des Glyk6mischen Index mit dem Patienten erarbeitet. Zus6tzlich erhielt der Patient konstitutionell Natrium muriaticum LM 6 (nach dem hom6opathischen Akutmittel China C30). Die Potenz wurde monatlich gesteigert. Von einer organotropen Therapie wurde wegen einer eventuellen Hypoglyk6miegefahr abgesehen.

Innerhalb des nächsten Halbjahres verschlechterten sich die Laborwerte zunehmend, obwohl der Patient ein verbessertes Allgemeinbefinden angab. Auch die hypoglykämieartigen Symptome besserten sich leicht, traten aber immer noch auf. Im Juni 2007 lag der HbA1c bei 6,5%. Es wurde zusätzlich Sucontral Tropfen 3x tgl. 30 vor den Mahlzeiten verordnet.

Innerhalb der nächsten Monate besserten sich die Laborwerte. Im Juni 2008 lag der HbA1c bei 5,6%. Die homöopathische Therapie wurde abgesetzt, die Ernährung und die Sucontral-Einnahme aber beibehalten. Im Februar 2009 lag der HbA1c bei 5,8%. Die hypoglykämischen Symptome verschwanden vollkommen. Bei Probemessungen traten weder hypoglykämische Phasen noch schnelle Blutzuckerabfälle auf.

Kasuistik 5:

Im Dezember 2006 wurde ein 68-jähriger, übergewichtiger (BMI 28,6) Patient auf Anraten der Ehefrau für eine Screeninguntersuchung vorstellig. Neben erhöhten Harnsäure-, Cholesterin- und Triglyceridwerten zeigte die Laboruntersuchung einen Nüchternblutzucker von 115 mg/dl, HbA1c 6,1% und Adiponectin 6,0 µg/ml. Einem oralen Glukosetoleranztest stand der Patient sehr ablehnend gegenüber. Dem Patienten wurde eine fettarme Ernährung anhand des Glykämischen Index angeraten. Ebenso wurde konstitutionell mit *Rhus toxicodendron* C200 behandelt.

Im März 2007 lag der HbA1c bei 6,4%. Auf intensives Nachfragen räumte der Patient ein, dass er sich nur in Anwesenheit der Ehefrau an die Ernährungsvorgaben hielte. Ähnlich verfuhr er mit der Einnahme antidotierender Substanzen (Kaffee). Darauf hin wurde dem Patienten Sucontral 3x tgl. 30 Tropfen verordnet. Bei quartalsweisen Laborkontrollen zeigte sich trotz schlechter Ernährung eine kontinuierliche leichte Verbesserung. Im April 2008 betrug der Nüchternblutzucker 103 mg/dl und der HbA1c

6,0%. Diese Werte blieben bis jetzt konstant.

Zusammenfassung

Nur 50% der Patienten mit unbehandeltem Diabetes zeigen klassische Symptome (z.B. Polyurie, Polydipsie, Müdigkeit, Leistungsschwäche, allgemeine Infektanfälligkeit, Pruritus). Bei allen Patienten mit unspezifischen Symptomen (z. B. Leistungsminde- rung, Müdigkeit, Infektanfälligkeit u. a.) sollte ein Diabetes mellitus Typ-2 differentialdiagnostisch bedacht und labortechnisch ausgeschlossen werden. Auch wenn bei Patienten ein Prä-Diabetes zunächst aufgrund "normaler" Nüchtern- glukose und eines physiologischen 2-Stundenwerts ausgeschlossen werden konnte, stoßen wir in der Praxis häufig auf das „idiopathische postprandiale Syndrom“ (oder adrenerges postprandiales Syndrom), das durch schnellen Blutzuckerabfall und zum Teil Hypoglykämiesymptome im weiteren Verlauf gekennzeichnet ist. Wir betrachten diese Symptomatik als Vorstufe des Prä-Diabetes und erzielten gute Ergebnisse, bereits in diesem Vorstadium bestehende Stoffwechsel-Entgleisungen mit einer ganzheitlichen Therapie aufzufangen. Basis unserer ganzheitlichen alternativmedizinischen Behandlung sind: Ernährung, organotrope Therapie und konstitutionelle, personotrope Therapie. Wir empfehlen unseren Patienten bei allen drei Formen (idiopathisches postprandiales Syndrom, Prä-Diabetes, Diabetes mell. Typ 2) mindestens 5 Mahlzeiten täglich und die Ernährung anhand des Glykämischen Index auszurichten. Die richtigen Maßnahmen bei der Ernährung haben oberste Priorität. Weiterhin unterstützen wir den Stoffwechsel mit geeigneten homöopathischen (konstitutionelle Therapie) und pflanzlichen Mitteln (organotrope Therapie).

Die organotrope Therapie des idiopathischen postprandialen Syndroms ist mit dem asiatischen Ginseng (z.B. Ginseng Cu-

rarina), dem Spurenelement Chrom oder *Eleutherokokkus* (z.B. *Eleu Curarina*) möglich. Bei der organotropen Therapie des Prä-Diabetes oder manifesten Diabetes mellitus Typ 2 kommt *Hintonia* (*Hintonia latiflora*; z.B. Sucontral) zum Einsatz. Besonders bei Patienten mit ausgeprägten Schwankungen des Blutzuckerspiegels und Schwierigkeiten bei der Einstellung unter Diät und / oder medikamentöser Therapie ist die *Hintonia* Pflanze sehr hilfreich, einen gleichmäßigeren und deutlich verbesserten Blutzuckerspiegel zu erreichen. – ohne hypoglykämische Begleiterscheinungen.

Wie oben beschrieben, hat eine alternativmedizinische Diabetestherapie am meisten Effekt, wenn Ernährung, sowie organotrope und konstitutionelle Behandlung miteinander kombiniert werden. Es wurden 5 Patientenfälle vorgestellt. Um eine bessere Anschaulichkeit herbeizuführen, wurden hier nur Fälle aufgeführt, bei denen die Wirksamkeit der konstitutionellen oder organotropen Therapie einzeln betrachtet werden kann.

Literatur:

- lassen, Diehl, Kochsiek: „Innere Medizin“ Urban & Fischer 5. Auflage
- Nawroth, Ziegler: „Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel“ Springer Verlag
- Bierbach, Herzog: „Handbuch Naturheilpraxis“ Urban & Fischer
- Schroyens: „Synthesis“ Hahnemann Institut Edition 8

Anschrift des Verfassers:

Fabian Müller,

Heilpraktiker

www.fabian-mueller.net

E-Mail: naturheilpraxis@fabian-mueller.net