

Wirksamkeit der Fußreflexzonentherapie (FRZT) auf den Schmerz und die Bewegungsfunktion bei Patienten mit Gonarthrose

FRZT ist eine jahrtausendalte Methode, die sich vornehmlich durch **empirische Wirksamkeiten** ausweist. Vor ca. 5000 Jahren wurden in China, Indien und Ägypten Druckpunkte am Fuß zur Schmerzlinderung behandelt.

Im 16. Jhd. beschrieb der Leipziger Arzt Dr. Ball eine organferne Behandlung durch Druckpunkte am Fuß. Die therapeutische Arbeit an den Füßen wird erstmals von dem **amerik. HNO-Arzt Dr. William Fitzgerald** (1872-1942), der auch als der Begründer der „zone-therapy“ bezeichnet wird, dokumentiert.

Die Vorstellung von Dr. Fitzgerald war, den Menschen in 10 Sagittalscheiben aufzuteilen, innerhalb dieser alle Organfunktionen und Körperstrukturen miteinander korrespondieren. Die Linien führen vom Scheitel bis zur Sohle, vom Kopf in die Finger, sie durchziehen in ihrem Verlauf von oben nach unten alle Organe. Dementsprechend werden die Füße in 10 Zonen unterteilt (Abb. 1).

Man spricht bei der FRZT auch von einer Mikrosystemtherapie. Körperstrukturen, Organe sind auf der Fußsohle als sog. Somatotopien repräsentiert. **Tatsächlich gibt es bis dato keinen neurophysiologischen Nachweis für diese Reflexzonen.**

Ziel der FRZT ist eine indirekte Beeinflussung von gestörten Organfunktionen, zur Autoregulation im Sinne einer Stimulation der korrespondierenden Fußsohlenpunkte, die als Reflexzonen der vertikalen reflektorischen Verschaltungen fungieren und somit Fernwirkungen auslösen. Ein suggestiver Aspekt ist dabei bedeutsam.

Studienergebnisse belegen inform von Farbdoppler-Untersuchungen zur viszeralen und renalen Perfusion bzw. zur enteralen Motilität, dass nur bei der Behandlung von organassoziierten Zonen auch dieses Organ eine Mehrdurchblutung zeitigt (z.B. Darm und Niere).

In der klinischen Praxis hat sich die FRZT vornehmlich zur Beeinflussung viszeraler Dysregulationen (z.B. Reizdarm, Reizmagen, Reizblase) mit empirischen Wirksamkeiten ausgewiesen.

Indikationen zur FRZT sind sehr zahlreiche, dabei sind sowohl Schmerzsyndrome am Bewegungssystem, Kopfschmerzen und Migräne, vegetative Dysregulationsphänomene, Allergien, psychoaffektive Zustände ebenso inkludiert wie Hypertonie, Schilddrüsenfunktionsstörung und andere.

In einer aktuellen Studie wurde der Sachverhalt geprüft, ob eine FRZT Schmerzen und Funktionseinschränkung am Knie von Patienten mit moderater Gonarthrose beeinflussen kann.

Im Rahmen einer prospektiven, klinischen Studie wurden 30 Pat. mit Gonarthrose (ein- und beidseitig, Röntgenstadium II u. III n. Kellgren) eingeschlossen. Die Fußreflexzonenregionen waren zum einen sog. Symptomzonen sowie Kausalzonen zur Stoffwechsellanregung. Vor der 6 wöchigen Serie mit 12 Behandlungen, d.h. 2xwö. Applikationsfrequenz und einer Behandlungszeit von je 30 min erfolgte eine Base-line-Erhebung 6 Wo. vor der Serie und eine follow-up-Beurteilung 8 Wo. nach Abschluss der Serie.

Beurteilungskriterien waren die lokale Schmerzintensität: Visuelle Analogskala (**VAS**), die Schmerzempfindung (**Druckalgometrie**) sowie das **Patientenurteil**, der Schmerzmittelverbrauch wurde registriert.

Sog. Outcome measures waren der unspezifische **SF 36** (Abbildung der globalen Gesundheit) sowie der Arthrose-spezifische **WOMAC**-Fragebogen, bei dem Schmerz, Funktion und Steifigkeit erhoben werden.

Die Funktion wurde mittels der **Neutral-0-Durchgangsmethode** als axiales Bewegungsmaß dokumentiert.

Die FRZT-Befunderhebung beinhaltete den Sichtbefund und den Gewebefund der Fußreflexzonen.

Kontrollzeitpunkte waren **-1** (Baseline), **0** (vor der Serie), **12** (Abschluss der Serie), **III** (follow up).

Im Ergebnisse der Studie konnten eine signifikante Reduktion der Schmerzintensität am betroffenen Knie erzielt werden. Zu akzentuieren ist, dass sowohl der Belastungsschmerz als auch der Anlaufschmerz und der Ruheschmerz signifikant durch die Serie gesenkt werden konnte und im follow-up auch dieses Niveau noch nachweisbar war (Abb. 2 u. 3).

Die lokale **Druckschmerzschwelle** konnte im Beobachtungszeitraum angehoben werden. Im SF 36 wurden bzgl. der psychischen Items (psychische Gesundheit) keine Unterschiede vor, während und nach der Serie festgehalten, jedoch bei den körperlichen Items wurde sowohl während der Serie als auch im follow up eine Verbesserung konstatiert.

Im **WOMAC** war für die betroffene Region sowohl für den Schmerz als auch für die Steifigkeit und die Funktion über den gesamten Beobachtungszeitraum eine Verbesserung im Sinne des Therapiezieles evident (Abb. 4).

Die **Neutral-0-Durchgangsmethode** (Funktionsmaß **Flexion**) ergab, dass die betroffene Seite in der Serie und im follow up eine Zunahme von max. 12° zeitigte, die nicht betroffene Region nur 5°-Zunahme (Abb. 5).

Im **Patientenurteil** gaben nach der Serie **92%** der Pat. gebessert an, **8%** verschlechtert, im follow up **87%** gebessert und **13%** unverändert bzgl. Schmerz- und Funktionsverhalten.

Der spezifische Palpationsbefund am Fuß (pathologisch bzw. physiologisch) für o.g. Reflexzonen ergab eine **signifikante Abnahme** des pathologischen Gewebefunds während der **Serie** und im **follow up**.

Schlussfolgernd ist zu konstatieren, dass eine strukturierte Reflexzonentherapie am Fuß in Form einer standardisierten FRZT sowohl Schmerzen als auch **moderate Funktionsstörung** am Knie (Gonarthrose St. I bis II) signifikant im Sinne des Therapieziels beeinflussen kann.

Die gewonnenen Therapieergebnisse gehen über das Niveau von Placebowirkung hinaus.

Bzgl. der Funktionsverbesserung und der Verbesserung der physischen Items (SF 36) kann hypothetisiert werden, dass eine mögliche **propriozeptive Fazilitation der Rezeptoren** an der Fußsohle realisiert wird. Da die Dichte der Propriozeptoren an der Fußsohle am größten ist, kann spekuliert werden, dass durch diese Afferenzstimulation im Sinne der **Steigerung des sensorischen Inputs** ein **verbesserter efferenter Output** bzgl. der Kniegelenksfunktion erreicht werden kann.

Prof.Dr.med. Christine Uhlemann
Klinik für Innere Medizin II der FSU Jena
Kompetenzzentrum Naturheilverfahren
Bachstraße 18, 07740 Jena
Tel. 03641/933 180, Fax. 03641/933 182
E-mail: Christine.Uhlemann@med.uni-jena.de

Erlaubnis zur Veröffentlichung gemäss einer schriftlichen Zusage von Frau Prof.Uhlemann vom 5.September 2007.

Es handelt sich bei der Zusammenfassung der Studie um eine Doktorarbeit von Catharina Güttner mit der Betreuung von Frau Prof. Christine Uhleman.

VAS ist eine interational gültige Form, um die Schmerzintensität zu erfassen (0-10cm, d.h. 0=kein Schmerz, 10=max.Schmerz).