

Hartmut Hildebrand

Lehrbuch für Heilpraktiker 2012 - Nebenfächer

Leseprobe

[Lehrbuch für Heilpraktiker 2012 - Nebenfächer](#)

von [Hartmut Hildebrand](#)

Herausgeber: Kreativität & Wissen Verlag



<http://www.narayana-verlag.de/b13414>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



EIGENREFLEXE

Bei Muskeleigenreflexen (MER; auch: Muskeldehnungsreflex) ist Reizort (Rezeptor) und Erfolgsorgan, welches auf den Reiz antwortet, derselbe Muskel. Der Reflex wird auf Rückenmarks- oder Stammhirnhöhe nur einmal umgeschaltet (= monosynaptischer Reflexbogen). Es besteht keine (oder nur sehr geringe) Ermüdbarkeit.

Bei der Untersuchung der Eigenreflexe befindet sich die untersuchte Extremität in einer Gelenkmittelstellung (nicht maximal gestreckt, nicht maximal gebeugt). Der Patient muss entspannt sein. Der Reflexhammer sollte, locker aus dem Handgelenk, aufgrund seiner eigenen Schwere auf den Reizort treffen (also kein Schlag, sondern ein Fall des Reflexhammers). Ein typisches Beispiel für einen Eigenreflex ist der Patellarsehnen- oder Quadriceps-femoris-Reflex: Beim Schlag mit dem Reflexhammer auf die Sehne des M. quadriceps femoris antwortet dieser Muskel mit einer Verkürzung (Streckbewegung). (Der Schlag täuscht der Muskelspindel, dem Dehnungsrezeptor, eine plötzliche Beugung des Muskels vor.)

Reflexe werden stets seitenvergleichend geprüft. Seitendifferent auslösbare Reflexe sind pathologisch. Sind die Reflexe im Vergleich zur Norm auf beiden Seiten gesteigert, abgeschwächt oder fehlen sie ganz, so muss dies nicht unbedingt pathologisch sein. Fragliche Befunde bedürfen aber einer weiteren Abklärung durch den Neurologen.

Ein nicht auslösbarer Reflex lässt sich evtl. durch Anwendung des sog. Jendrassik-Handgriffs doch noch bahnen: Der Patient wird aufgefordert, die Hände ineinander zu haken und sie während der Reflexauslösung an den unteren Extremitäten kräftig auseinander zu ziehen. Für die Prüfung der Eigenreflexe an den Armen soll der Patient auf Aufforderung die Zähne aufeinander beißen oder einer dritten Person die Hand drücken. Ohne dass man diese Versuche der Reflexbahnung unternommen hat, darf ein Reflex nicht als fehlend bezeichnet werden.



Abb. 8 Jendrassik-Handgriff

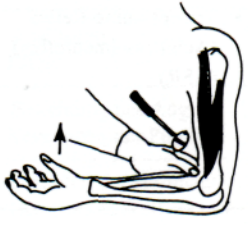

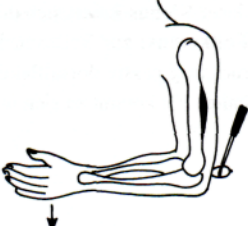
Ein wesentliches Kennzeichen der pathologisch gesteigerten Eigenreflexe ist auch die Verbreiterung der sog. reflexogenen Zone: Ist diese Zone verbreitert, so wird z.B. der Quadriceps-femoris-Reflex schon beim Schlag auf den proximalen Unterschenkel oder den distalen Oberschenkel ausgelöst.

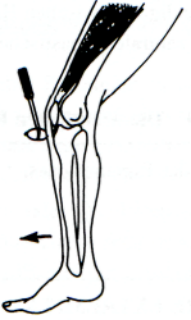
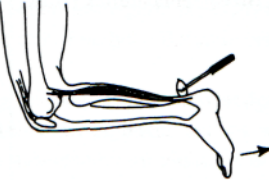
Eine Abschwächung, Aufhebung oder Verlangsamung von Muskeleigenreflexen kommt vor:

- Bei Schädigung des 2. motorischen Neurons (zwischen Vorderhornzellen des Rückenmarks und motorischer Endplatte). Klinik: periphere („schlaffe“) Lähmung
- bei Schädigung der Wurzeln der Spinalnerven
- bei Polyneuropathie
- als familiäre Areflexie (selten, sog. Adie-Syndrom)
- Eine Verlangsamung der Reflexantwort findet sich z.B. bei Hypothyreose.

Die einseitige Steigerung (Hyperreflexie), meist mit Verbreiterung der reflexogenen Zone, ist u.a. Zeichen einer Pyramidenbahnläsion bzw. einer zentralen („spastischen“) Lähmung. Die Reflexsteigerung der Eigenreflexe zeigt also i. d. R. eine Schädigung des I. motorischen Neurons an (Schädigung zwischen Hirnrinde zu den Vorderhörnern des Rückenmarks). Klinik: zentrale („spastische“) Lähmung.

Abb. 9 Die wichtigsten Eigenreflexe

Name des Eigenreflexes	S: Segmentale Zuordnung P: peripherer Nerv A: Auslösung E: Effekt	
OBERE EXTREMITÄT		
• Bizepssehnenreflex (BSR)	S: C ₅ /C ₆ P: N. musculocutaneus A: Schlag auf die Sehne des M. biceps brachii E: Beugung des Unterarms im Ellbogengelenk	
• Radiusperiostreflex (RPR) (Brachioradialreflex)	S: C ₅ /C ₆ P: N. radialis (innerviert kleinen Anteil des M. brachialis) (N. musculocutaneus) A: Schlag auf das distale Radiusende E: leichte Beugung des Unterarms im Ellbogengelenk	
• Trizepssehnenreflex (TSR)	S: C ₆ /C ₇ / (C ₈) P: N. radialis A: Schlag auf Trizepssehne nahe des Olekranons E: Streckung des Unterarms	

UNTERE EXTREMITÄT		
<ul style="list-style-type: none"> Quadrizepssehnenreflex (PSR) 	S: (L ₂)/L ₃ /L ₄ P: N. femoralis A: Schlag auf die Sehne des M. quadriceps femoris unterhalb d. Kniescheibe E: Streckung des Beines im Kniegelenk	
<ul style="list-style-type: none"> Triceps-surae-Reflex (Achillessehnenreflex) (ASR) 	S: L ₅ /S ₁ /S ₂ P: N. tibialis A: Schlag auf Achillessehne E: Plantarflexion des Fußes	

KLONUS

Bei Hyperreflexie kann eine plötzliche einmalige Dehnung eines Muskels zu rhythmischen Kontraktionen führen und als erschöpflicher oder unerschöpflicher (kontinuierlicher) Klonus (Plural: Klone) in Erscheinung treten. Klone sind Ausdruck einer gesteigerten Eigenreflexaktivität. Ein unerschöpflicher Klonus gilt als Pyramidenbahnzeichen (Schädigung des 1. motorischen Neurons). Typische Klone:

- **Patellarklonus:** zur Reflexauslösung wird am liegenden Patienten die, zwischen Daumen und Zeigefinger gefasste, Kniescheibe (Patella) ruckartig nach distal geschoben. Ein evtl. vorhandener Klonus äußert sich durch selbständiges Hin- und Herbewegen der Patella.
- **Fußklonus:** zur Reflexauslösung wird bei leicht gebeugtem Knie der Fuß im Sprunggelenk ruckartig passiv dorsalflektiert („Fußspitzen werden Richtung Nase bewegt“) und dort festgehalten. Es kommt zu sich wiederholenden Kontraktionen des M. soleus.

Leseprobe von Dr.
 Dr. Hartmut
 Hildebrand
 „Lehrbuch für
 Heilpraktiker“
 Herausgeber:
 Elsevier Urban &
 Fischer
 Leseprobe erstellt
 vom Narayana
 Verlag, 79400
 Kandern,
 Tel: 0049 (0) 7626
 974 970-0

FREMDREFLEXE

Der Reizort (Rezeptor) der Fremdreﬂexe liegt meistens in der Haut. Das Erfolgsorgan ist meist die benachbarte Muskulatur. Der Reﬂex wird auf Rückenmark- oder Stammhirnhöhe mehrmals umgeschaltet (= polysynaptischer Reﬂexbogen) und umgreift mehrere Rückenmarksegmente. Fremdreﬂexe zeigen eine deutliche Ermüdbarkeit.

Ein typischer Fremdreﬂex ist z.B. der Kornealreﬂex: Reizort sind sensible Fasern in der Hornhaut. Über den N. trigeminus (V. Hirnnerv; afferenter Nerv) geht der Reﬂexbogen zum Stammhirn, wird dort mehrfach (polysynaptisch) auf den N. facialis (VII. Hirnnerv; efferenter Nerv) umgeschaltet und führt zum Lidschluss über dem betroffenen Auge.

Weitere Fremdreﬂexe: Bauchhautreﬂex (Ausfall z.B. bei Multipler Sklerose), Kremasterreﬂex, Analreﬂex, Plantarreﬂex, Pupillenreﬂex, Würgereﬂex u.a.

Abb. 10 Die wichtigsten physiologischen Fremdreﬂexe

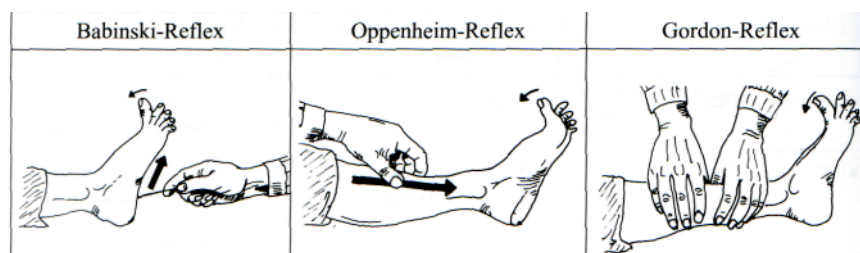
Name	S: Segmentale Zuordnung bzw. Hirnnerv	A: Auslösung E: Effekt
• Pupillenreﬂex	S: N. opticus	A: Belichtung des Auges E: Verengung der Pupille
• Kornealreﬂex	S: afferent: N. trigeminus efferent: N. facialis	A: Betupfen der Hornhaut (Kornea) m. Wattebausch B: Lidschluss
• Würgereﬂex (Gaumenreﬂex)	S: N. glossopharyngeus N. vagus	A: Rachenhinterwand mit dem Mundspatel B: Hochziehen d. Gaumens Kontraktion der Rachenmuskulatur
• Bauchhautreﬂex (BHR)	S: Th ₆ -Th ₁₂ Th ₈ -Th ₉ (oberer BHR) Th ₁₁ -Th ₁₁ (unterer BHR)	A: Rasches Bestreichen der Bauchdecke mit spitzem Gegenstand B: Kontraktion d. gleichseit. Bauchmuskulatur

PATHOLOGISCHE REFLEXE

Pathologische Reflexe sind Fremdreflexe, die normalerweise fehlen und nur bei Pyramidenbahnschädigungen vorkommen. Die Pyramidenbahn ist die wichtigste motorische Hirnbahn, die die motorischen Impulse der Hirnrinde (vordere Zentralwindung, Gyrus praecentralis) zu den motorischen Vorderhornzellen im Rückenmark leitet.

Der wichtigste pathologische Reflex ist der Babinski-Reflex: Beim Bestreichen des äußeren Fußsohlenrandes kommt es zur Dorsalextension der Großzehe („Großzehe geht in Richtung Nase“) bei gleichzeitigem Verharren aller anderen Zehen in Ausgangsstellung (die Zehen 2-5 können sich dabei auch fächerförmig spreizen). Das gleiche Phänomen zeigt sich auch beim kräftigen Bestreichen der Tibiakante (Oppenheim-Reflex) bzw. beim Kneten der Wadenmuskulatur (Gordon-Reflex).

Abb. 11 Die wichtigsten pathologischen Fremdreflexe



Leseprobe von Dr.
 Dr. Hartmut
 Hildebrand
 „Lehrbuch für
 Heilpraktiker“
 Herausgeber:
 Elsevier Urban &
 Fischer
 Leseprobe erstellt
 vom Narayana
 Verlag, 79400
 Kandern,
 Tel: 0049 (0) 7626
 974 970-0

Lehrbuch für Heilpraktiker

Nebenfächer

Prüfungsrelevante Grundlagen aus den Fachbereichen
Neurologie, Psychiatrie, Augenheilkunde,
HNO, Orthopädie, Dermatologie, Labor,
Gynäkologie, Hygiene, Gesetzeskunde



Dr. Dr. Hartmut Hildebrand

Kreativität & Wissen
2012

Hartmut Hildebrand

Lehrbuch für Heilpraktiker 2012 - Nebenfächer

422 Seiten, kart.
erschienen 2012



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise

www.narayana-verlag.de