

Die Wirkung der TCM-Kombinations-Therapie bei Kniebeschwerden¹

Wenjun Zhu

13.07.2013

I. Hypothese

Ein Prinzip bei Kniebeschwerden ist, wenn eine konservative Therapie wirkt, muss keine operative Therapie durchgeführt werden.

Nach der Meinung der westlichen Medizin können Meniskus und Knorpel des Kniegelenkes nicht regenerieren werden, deswegen behandelt man Meniskus und Knorpelschäden fast immer operativ.

Für eine konservative Therapie habe ich die Qi-Kraft als eine Heilkraft in der Kniebehandlung eingeführt. Denn die Qi-Kraft, verstanden als Antriebskraft der Funktionen des Körpers und des Lebens überhaupt trägt zum regelmäßigen Funktionieren bei. Meine Hypothese ist das Qi kann eine Knieheilung dadurch bewirken, dass

- der Organismus (sowie Meniskus und Knorpel) regeneriert;
- die Kniegelenkschmiere produziert wird und
- die Wasserschwellung sich im Knie auflöst.

**Dies kann man in der Heilpraxis erfahren und erleben.
Es gibt diese Ansicht, „Wer heilt hat Recht!“**

II. Kniebeschwerden in TCM

Kniebeschwerden:

- Arthrose im Kniegelenk
- Arthrose im Kniescheibengelenk
- Meniskusschaden
- Knorpelschaden im Knie
- Schleimbeutelentzündung im Knie
- Wasserschwellung im Knie

¹ Zum MDR Fernsehen „Hauptsache gesund“ – „Schwachstelle Knie“.

- Innenbandentzündung
- Außenbandentzündung
- Kreuzbandriss
- Kniegelenksverletzungen
- Knieinstabilität
- Reizzustände am Kniegelenk

wurden in TCM als Bi (Erstarrung) betrachtet und durch Wind, Kälte und Feuchtigkeit verursacht. Dies könnte einerseits von Innen und andererseits von Außen ausgelöst werden.

Wenn die inneren gesunden Tendenzen stark sind, können die äußeren ungesunden Tendenzen den Körper nicht stören. Umgekehrt: wenn die inneren gesunden Tendenzen sowie die Abwehrkraft schwach sind, stecken die äußeren ungesunden Tendenzen den Körper an.

Die schwachen inneren gesunden Tendenzen können den Körper nicht vor den externen ungesunden schützen. So erstarren Feng (Wind), Han (Kälte) und She (Feuchtigkeit) zusammen als Bi (Erstarrung). Wind-Qi, Kälte-Qi und Feuchtigkeits-Qi verknoten sich in den Meridianen, sodass die Meridiane gestaut werden, weshalb Qi und Blut nicht angemessen fließen können, was dann zu Schmerzen führt.

- Wenn das Wind-Qi stark ist, heißt es auch Xing-Bi (wanderndes Bi).
- Wenn das Kälte-Qi stark ist, heißt es auch Tong-Bi (Schmerz-Bi).
- Wenn die Feucht-Qi stark ist, heißt es auch Zhe-Bi (Schmerzen oder Taubheitsgefühl).
- Beim Re-Bi (Hitze-Bi) erfolgt die Erstarrung durch Hitze, Wind und Feuchtigkeit. Dann wird die Haut rot, die Gelenke schwellen an und schmerzen.

III. Überbelastung im Kniegelenk

Die Ursachen der Kniebeschwerden in der TCM habe ich in meiner Schrift „Die Pathologie der Schmerzen am Bewegungsapparat in TCM“² erläutert. Hier möchte ich nur die Ursachen der Überbelastung im Kniegelenk darlegen.

² Wenjun Zhu: „Die Pathologie der Schmerzen am Bewegungsapparat in TCM“. 18.12.2010. http://tcm-institut.de/grundlage/tcm_schmerz_pathologie.pdf

1. Meniskusschaden und Knorpelverschleiß

Eine normale Knie-Funktion setzt zunächst einmal eine richtige anatomische Struktur voraus, bspw. glatte Gelenkfläche, ordentliche Gelenkschmiere. Dies ist wie Motor und Motoröl. Wenn das Motoröl des Autos zu lange benutzt wird, führt dies zum Verschleiß der Zahnräder. So auch bei den Knien: die Gelenkschmiere wird unter einer bestimmten Geschwindigkeit produziert. Falls die Knie überbelastet werden oder entzündet sind, dann wird die Schmiere nicht, wie vorgesehen, funktionieren. Das Kniegelenk ohne erforderliche Schmiere zu Meniskusschäden und Knorpelverschleiß führt.

2. Weichteile und Bänder im Knie

Die Funktion der Muskeln und Bänder braucht einerseits die Antriebskraft und andererseits auch die Schmiere. Eine Überbelastung lässt beides ermangeln, wodurch sich auch die Kniebänder entzünden können. Muskeln und Bänder verbrauchen in der Bewegung Energie. Bei Überbelastung kann die Energie die Muskeln und Bänder nicht ausreichend antreiben, ernähren und erholen. So führt ein Schaden im Muskel und Bändern, sofern keine Erholung stattfindet, zur Entzündung.

IV. Die Methoden³

Jede therapeutische Methode ist speziell, sie hat daher Vorteile und Nachteile. Dies zu wissen ist wichtig. Man soll sie daher entsprechend anwenden. Wird sie falsch benutzt, treten Schäden auf. Um unterschiedliche Ziele zu erreichen, wählt man daher verschiedene Therapieformen.

Die erfolgreichste Wirkung der Kombinationsbehandlung basiert auf folgenden Grundlagen:

- Erkennen pathologischer Ursachen;
- Wahl des geeigneten Behandlungsprinzips;
- Wahl der angemessenen Methode;
- Verträglichkeit beim Patienten.

³ Vgl.: meine Text „TCM-Kombinations-Therapie bei Schmerzen am Bewegungsapparat“. 18.12.2010.

http://tcm-institut.de/grundlage/tcm_schmerz_kombinationstherapie.pdf

Es gibt Schmerzarten der Völle und der Leere (Schwäche), und Behandlungsmethoden, die als Zunehmen und als Abnehmen begriffen werden können. Unter dieser Voraussetzung ist es folgerichtig, bei Kniebeschwerden Kombinationstherapien anzuwenden.

Im Völle-Zustand:

- Akupunktur / Tuina-Massage, um die Akupunkturpunkte zu aktivieren, die Meridiane zum Fließen zu bringen, Stauen zu zerstören und zu beseitigen, das Qi und Blut an Knie „abzurufen“;
- Schröpfen / Schaben (Guasha), um die negative Energie abzuleiten, Stauen zu beseitigen und die Meridiane zum Fließen zu bringen;
- Qigong, das Qi an eine bestimmte Stelle des Körpers um die Selbstheilungskraft zu stärken.

Im Leere-Zustand (Schwäche):

- Akupunktur / Tuina-Massage, um die Akupunkturpunkte zu aktivieren, die Meridiane zum Fließen zu bringen, Stauen zu zerstören und zu beseitigen, das Qi und Blut an Knie „abzurufen“;
- Moxa um das aufrichtende Qi (gesunde Qi-Kraft und Heilungskraft) Yang-Energie zu stärken;
- Qigong, das Qi an eine bestimmte Stelle des Körpers um die Selbstheilungskraft zu stärken.

V. Fallbeschreibungen

Fall 1 D.A.

Die Krankengeschichte (Bericht des Patienten 26.04.2013):

- Seit 20 Jahren Schmerzen an beiden Knien, li. Knie Arthrose, Meniskusschaden und Knorpelschaden **Grad IV** (MRT 02.04.2013);
- Durchgeführte Therapien: Medikamente, Spritzen, Physiotherapie;
- Wirkung: keine Verbesserung der Beschwerden;
- Empfehlende Therapie: Operation.

MRT Diagnose li. Knie (02.04.2013):

Klinik/Indikation:

Chronische Schmerzsymptomatik

*Kernspintomographie des linken Kniegelenks vom 02.04.2013:
Sagittale, transversale und coronare T1-gewichtete und T2-gewichtete Sequenzen, teils Fettsuppression.*

Ausgeprägte etwas inhomogene Abflachung des Gelenkknorpels, insbesondere retropatellar und im medialen Kompartiment über weite Strecken keine Knorpelreste mehr erkennbar. Entsprechend auffälliger Innenmeniskus, über weite Strecken kein Meniskusmaterial erkennbar. Etwas größere Reste am Vorderhorn und Hinterhorn. Im Hinterhorn noch diskrete Signalaufhebungen innerhalb dieser Meniskusreste.

Multifokale intraossäre Unregelmäßigkeiten um das Gelenk. Um den medialen Gelenkspalt kleinvolumige Ödemzonen, sonst auch kleine zystische Veränderungen von teils traubigem Charakter, insbesondere zentral im Tibiakopf. Sonst allenfalls gering Erguss.

Beurteilung:

Chronische Schmerzen überraschen nicht. Fortgeschrittene Knorpelschäden im Rahmen einer medialen und retropatellaren Arthrose (Knorpelschäden dürften Grad 4 entsprechen). Der Innenmeniskuszustand ist in Kenntnis mit der Anamnese zu bewerten. Weite Teile fehlen, wobei zu klären ist, inwiefern dies auf einen Eingriff zurückzuführen ist oder einen degenerativen Substanzverlust. Verbliebene Hinterhornabschnitte sind jedenfalls unregelmäßig konturiert und entsprechen nicht einem postoperativen Regelaspekt.

Die Wirkung der TCM-Kombinations-Therapien:

- **6 Behandlungen;**
- **Beschwerdefrei.**

Fall 2 V.U.

Die Krankengeschichte (Bericht des Patienten, 13.12.2012):

- Seit 30 Jahren Schmerzen an beiden Knien,
- Li. Knie Arthrose, Meniskussschaden, Knorpelausdünnung, Kreuzbandausdünnung (MRT 13.09.2010);
- Re. Knie Arthrose, Meniskussschaden und Knorpelschaden **Grad IV** (Operationsbericht 09.01.2011)
- Durchgeführte Therapien: Re. Knie 4 Operationen, erste OP 1985, letzte OP 2011, Physiotherapie, Gymnastik;

- Wirkung: keine Verbesserung der Beschwerden;
- Empfehlende Therapien: Operation (li. und re.).

MRT Diagnose li. Knie (13.09.2010):

Indikation: MRT li. Kniegelenk. Der Patient berichtet über rezidivierende Schmerzen im Bereich des medialen Kniegelenkes links v.a. bei sportlicher Betätigung.

Magnet-Resonanz- Tomographie des linken Kniegelenkes (nativ) vom 13.09.2010

Technik: Sagittale Aufnahmeserien STIR und T1-FFE, koronare Aufnahmeserie T2w FFE, axiale Aufnahmeserie PDw FATSAT. Es werden das femoro-tibiale und das femoro-patellare Gelenk untersucht. Hochauflösende Quadrantspule, Dünnschnitt-Technik. 4 Sequenzen.

Befund: Gelenkspaltverschmälerung bei medial betonter Knorpelausdünnung. Medial betont zeigen sich deutliche Veränderungen der subchondralen Grenzlamelle mit vermehrter Sklerosierung und tibiaseitig betonten initialen osteophytären Anbauten. Der Innenmeniskus ist im Bereich des Zwischenstücksteils subluxiert. Es zeigen sich Signalsteigerungen in den hinteren Anteilen betont. Dabei kommt ein schräg zur Unterfläche verlaufender Einriss im hinteren Zwischenstückanteil und Hinterhorn zur Abbildung. Dorsal des Hinterhorns kommt eine flache Flüssigkeitsformation zur Darstellung.

Im Außenmeniskus zeigen sich ebenfalls ausgedehnte Signalsteigerungen. Eine Kontinuitätstrennung ist nicht erkennbar.

Die Kollateralbänder sind intakt. Deutlich ausgedünntes und signalreiches vorderes Kreuzband. Intaktes hinteres Kreuzband. Patellaform WIBERG II. Der retropatellare Knorpel ist an der medialen Facette deutlich ausgedünnt und unregelmäßig konfiguriert. Es finden sich Signalsteigerungen des Knorpels. Initiale knöchernen Randausziehungen und vermehrte subchondrale Sklerosierung der Patella. Mäßig ausgeprägter Gelenkerguss. Es demarkiert sich eine Plica suprapatellar. Die äußeren Weichteile stellen sich regelrecht dar.

Beurteilung:

Hochgradige Degeneration des Innenmeniskus, horizontaler Einriss im Bereich des hinteren Zwischenstücks und des Hinterhorns mit Kontakt zur Unterfläche. Ausgedehntes Ganglion am Hinterrand des Innenmeniskushinterhorns.

*Deutliche Degeneration des Außenmeniskus ohne Einriss.
Medial deutl ich ausgeprägte Gonarthrose.
Medial betonte Retropatellararthrose.
Mäßig ausgeprägter Gelenkerguss. Plica suprapatellaris.
Z.n. alter Teilruptur des ausgedünnten vorderen Kreuzbandes.*

Operationsbericht re. Knie (09.01.2011):

Praeoperative Diagnose:

- 1. Ausgedehnter Knorpelschaden III.-IV.° am medialen Femurkondylus.*
- 2. Knorpelschaden II.° am medialen Tibiaplateau.*
- 3. Knorpelschaden II.-III.° am lateralen Femurkondylus.*
- 4. Lappenriß am Resthinterhorn des rechten Innenmeniskus.*
- 5. Degeneration des gesamten Außenmeniskus.*
- 6. Retropatellararthrose mit Knorpelschaden III.°.*
- 7. Chron. Synovialitis mit Reizerguß.*

OPERATIONSBERICHT

Nach Hautdesinfektion und sterilem Abdecken antero-lateraler Standardzugang. Es entleert sich nach Einführen des Arthroskopes seröse Reizflüssigkeit. Zunächst Ausleuchten des oberen Rezessus und der Patellagleitbahn. Es findet sich eine zottenartige Veränderung der Synovia im Sinne einer chron. Synovialitis. Diese findet sich im gesamten Gelenk. Retropatellar knorpelige Veränderungen II.-III° sowohl hinter der Kniescheibe als auch im Gleitlager.

Darstellen des inneren Gelenkkompartimentes, man erkennt einen Knorpelschaden III.-IV.° in der Hauptbelastungszone am medialen Femurkondylus. Korrespondierend dazu am medialen Tibia-plateau ebenfalls Knorpelveränderungen II.°. Durch frühere Arthroskopien ist ein Teil des Innenmeniskushinterhornes entfernt worden. Am Resthinterhorn findet sich ein kleiner Lappenriß. Seitenstück und Vorderhorn sind intakt.

Darstellen der Interkondylenregion, die Sicht ist durch die vergrößerte Synovia und durch entsprechend viele Synovialzotten erschwert. Erst nach Resektion dieser Zotten mit dem Shaver gelingt der Blick auf das vordere Kreuzband, welches intakt erscheint.

Nun nach Wechseln des Arthroskopes durch eine antero-mediale Inzision Einsicht auf das laterale Gelenkkompartiment. Auch hier findet sich ein Knorpelschaden

II.-III.° in der Hauptbelastungszone des lateralen Femurkondylus. Der Knorpelüberzug tibial ist hier weitgehendst in Ordnung. Der gesamte Außenmeniskus ist degenerativ erweicht und ausgedünnt. Popliteusschlitz intakt, ein eindeutiger Riß ist nicht vorhanden. Auch nach Abfahren des Außenmeniskus mit dem Tasthaken läßt sich kein Meniskusanteil in das Gelenk hineinziehen oder luxieren.

Nach Wechseln des Arthroskopes auf den antero-lateralen Zugang erfolgt nun mit der geraden Korbschere bzw. mit dem Shaver eine Nachresektion im Resthinterhornbereich des Innenmeniskus. Glätten des Absetzungsrandes und des Überganges zum Seitenstück.

Anschließend Glättung und Resektion von herabhängenden Fetzen am medialen Femurkondylus. Es folgt Gelenkspülung, Einlegen einer Redon-Drainage, Verschuß der Inzisionen durch Einzel- knopfnähte, steriler Verband.

Bemerkung: Trotz der erheblichen Degeneration auch des Außenmeniskus wurde auf eine Resektion verzichtet. Die Hauptbeschwerden lagen mediallyseitig am rechten Kniegelenk und lassen sich durch den schweren Knorpelschaden erklären. Es ist aber nicht auszuschließen, daß es im weiteren Verlauf auch zu einem Einriß des Außenmeniskus kommt.

Präparat:

Postoperative Diagnose: s.o.

Art des Eingriffes: Arthroskopische Glättung des Resthinterhornes rechter Innenmeniskus, Knorpelglättung am medialen Femurkondylus.

Die Wirkung der TCM-Kombinations-Therapien:

- **20 Behandlungen;**
- **Beide Knie sind beschwerdefrei.**

Fall 3 K.M.

Die Krankengeschichte (Bericht des Patienten 21.08.2012):

- Seit 8 Jahren Schmerzen am linken Knie, Femoropatellararthrose (Operationsbericht 09.06.2008);
- Durchgeführte Therapien: 2 Operationen in linken Knie (2008, 2011);
- Wirkung: keine Verbesserung der Beschwerden;
- Empfehlende Therapie: Operation.

Operationsbericht (09.06.2008):

Operartionsindikation

Es besteht eine destruktive Femoropatellararthrose Grad IV, die einen arthroplastischen Ersatz braucht. Da die Femoropatellarprothese Anteile von Nickel beinhaltet und die Patientin eine nachgewiesene und dokumentierte Nickelallergie aufweist, besteht nur die Möglichkeit zum Einsetzen einer nickelfreien Kniegtotalprothese. Deshalb wird eine LCS-Titan-Prothese eingesetzt.

Operationsdiagnose

Destruktive Femoropatellararthrose Grad IV links.

Operation

Computer navigierte Kniegtotalprothese links (LCS, Titan, zementfrei).

Operationsverlauf

Technisches Vorgehen:

Antibiotikaprophylaxe. Gerader parapatellar lateraler Hautschnitt und Arthrotomie unter dem Musculus vastus lateralis. Es entleert sich viel seröse Gelenkflüssigkeit. Durchführung einer ausgedehnten Synovektomie. Es findet sich die destruktive Grad IV Femoropatellararthrose mit frei liegendem Knochen, der deutliche Bewegungsfurchen aufweist. $\frac{3}{4}$ der Patella ist so deutlich zerstört und auch ausgedünnt. Sämtliche Osteophyten werden zirkulär abgetragen und die Patella wieder in eine konvexe Form gebracht. Das trochiaäre Gleitlager weist ebenfalls eine destruktive Arthrose mit Rinnenbildung auf. Resektion des vorderen und hinteren Kreuzbandes. Dann werden die Navigationssensoren in der Tibia über einen separaten Schnitt sowie proximal am Femur installiert. Einlesen aller Landmarken für die Navigation. Sämtliche Schnitte werden nun mit computer-navigierter Hilfe durchgeführt. Ebenso werden die Achsen in drei Dimensionen sowie die Bandspannung in Extension und Flexion kontinuierlich überprüft. Nach dem provisorischen Einsetzen einer Testprothese, die einen freien Bewegungsablauf zeigt und eine gute Stabilität aufweist, wird folgende Prothese definitiv zementfrei eingesetzt. Tibia Größe 3 Titan, rotierende Plattform Größe Standard plus, Femur Größe Standard plus Titan. Dies ergibt eine korrekte Stabilität bei einem Bewegungsausmaß zwischen $0^{\circ}/0^{\circ}/140^{\circ}$ (Fotodokumentation). Es erfolgt der schichtweise Wundverschluss in ca. 50° Knieflexion mit Einlegen von insgesamt 3 Redondrainagen.

Postoperative Röntgenkontrolle

Korrekte Situation.

Postoperative Nachbehandlung

Antibiotika- und Thromboembolieprophylaxe weiter. Vollständige Mobilisation ab dem zweiten postoperativen Tag mit Sohlenkontakt, der für 6 Wochen beibehalten werden sollte. Dann Röntgenkontrolle und Belastungssteigerung. Bewegungsausmaß langsam frei steigern. Kinetec. Auswärtige Rehabilitation.

Operationsbericht (17.08.2011):

Diagnose:

Retropatellare Erosionen mit Flexions-Instabilität linkes Kniegelenk bei Z.n. Knie-TEP '08

Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese links (T84.0)

Therapie:

Kniegelenks-Revision mit offener totale Synovektomie,

Arthrolyse, Inlaywechsel auf 12 mm sowie zementierter Retropatellar-Ersatz linkes Knie 05/2011

Operationsindikation:

Zur OP-Indikation ist zu sagen, dass die Pat. nach Knie-TEP 2008 nie wirklich schmerzfrei gewesen sei. Intensive konservative Therapie (unter stationären Bedingungen) erbrachte nicht eine dauerhafte Besserung. Auch eine Radio-synorthese erbrachte nur eine vorübergehende Linderung. Es besteht ein erheblicher vorderer Knieschmerz, die Szintigrafie zeigt einen geringfügig erhöhten Knochenstoffwechsel medial tibial. Zudem ergab sich der V.a. eine Midflexionsinstabilität. Über den Eingriff und dessen Risiken wurde ausführlich gesprochen, eine schriftliche Einwilligung erfolgte.

Operationsbericht:

In ungestörter ITN und Rückenlage 3-malige sterile Hautdesinfektion und Abdecken unter sterilen Kautelen. Verwendung einer Oberschenkelblutsperre mit 350 mmHg. Jodhaltige Inzisionsfolie. Hautschnitt exakt im Bereich der alten Narbe, Spalten der Subkutis, sorgfältige Blutstillung. Nachzutragen ist noch die Narkoseuntersuchung, hierbei zeigte sich eine Beweglichkeit in Extension/Flexion 0-0-130°, in Streckung stabile Verhältnisse, in leichter Beugung medial + bis ++ aufklappbar. Mediale parapatellare Arthrotomie, Gewinnen der Gelenkflüssigkeit. Durchführen einer Synovial-

Analyse sowie einer Hygiene-Untersuchung. Durchführen einer kompletten Synovektomie, die schrittweise erfolgt. Sorgfältiges patellares Release. Die Patella wird während des gesamten Eingriffs bildlich beiseitegehalten, nicht umgeklappt. Dann nochmals Überprüfen der Stabilität, es zeigt sich die beschriebene Instabilität in Midflexion. Herausnahme des Inlays. Vervollständigen der Synovektomie lateral und dorsal. Dorsale Arthrolyse. Dann Probieren eine 12er Inlays, welches die Stabilität sehr gut wieder herstellen kann. Dann Lavasept-Spülung, Nachspülen der Jetlavage, Einbringen des Original-Inlays. Daneben finden sich ausgeprägte retropatellare Erosionen. Durchführen eines Retropatellarersatzes, wobei die Ausgangshöhe exakt rekonstruiert wird. Der Retropatellarersatz wird entsprechend einzementiert. Die Patella läuft zentriert. Öffnen der Blutsperre, sorgfältige Blutstillung, Redondrainage. Kapselverschluss, Subkutannaht. Hautnaht.

Nachbehandlung:

Fortführung der Antibiose bis Abstriche negativ, sonst wie Standard-Knie-TEP.

Vorläufiger Arztbericht (16.07.2012):

Diagnosen:

Z.n. Kniegelenksrevision mit offener totaler Synovektomie, Arthrolyse, Inlaywechsel auf 12mm sowie zementierten Retropatellarersatz Knie links am 23.5.2011 bei Retropatellararthrose und Mid-Flex-Instabilität Knie links in domo bei Z.n. Knie TEP links 9.6.2008 auswärts (LCS Titan, Prof. Siedert, Biehl-CH)

Monoklonale Gammopathie IgG- Kappa

Therapieempfehlung:

Nach Zusammenschau der klinischen und radiologischen Befunde empfehlen wir folgendes Procedere:

1.) Vorstellung beim Rheumatologen (NN) zur Abklärung Autoimmunerkrankung

DD Schnitzier Syndrom (Urtikarielle Ausschläge, monoklonale Gammopathie, Gelenkschmerzen)

Frage: IL-1 Antikörper erfolgversprechend?

2.) Kontrolle beim Hämatologen (NN) mit Knochenmarksbiopsie, Frage: Progredienz?

3.) Abklärung LWS mittels Röntgen und MRT beim niedergelassenen Kollegen (NN)

4.) Knochendichtemessung und ggf. Therapie

Alternativ wurde die Fortführung der konservativen Therapie mit evtl. Radiosynovioorthese (NN) und regelmäßigen klinischen und radiologischen Verlaufskontrollen bei Dr. Meschede sen. besprochen.

Anamnese:

Patient klagt seit ca. 3 Monaten über erneute Schmerzen und rez. Schwellneigung im linken Kniegelenk. Nach oben genannter Operation war die Patientin vorübergehend beschwerdegelindert gewesen. Es bestünden im wesentlichen Schwellneigung und rezidivierende Ergüsse, die bisher 2 x punktiert wurden beim niedergelassenen Kollegen (gleichzeitig La. Steroid, hierunter 14 Tg. Linderung). Schmerzexazerbation vor allem beim Sitzen. Die sportlichen Aktivitäten (Golf und Wassergymnastik) können nicht mehr ausgeführt werden. Auf ebener Gehstrecke bestünden keine Beschwerden.

Mikrobiologische intraop Untersuchung zeigte keinen Keimnachweis.

Pathologische Untersuchung: Neosynovia vom Indifferenztyp
Ausschluss (histologisch) low-grade und Allergie (Immunreaktion Typ IV)

NB: nach Wespen stich vor Jahren am linken Unterschenkel urtikarielle Ausschläge

Zusätzlich klagt Patient über starke Lumbalgien mit Ausstrahlung nach gluteal, Verstärkung belastungsabhängig.

Klinischer Befund:

Knie: Reizlose Narbe, keine Rötung, leichte Überwärmung, F/E 105-0-5°, Bandapparat stabil, DS Kniekehle, Synovialitis.

Bildgebende Diagnostik:

Röntgen Knie links in 3 Ebenen vom 05.07.2012:

regelrecht einliegende KTEP, fragliche Lockerung und Osteolyse unter Tibiateil

Die Wirkung der TCM-Kombinations-Therapien:

- **6 Behandlungen;**
- **Beschwerdefrei.**

VI. Statistische Überblick der Fallbeschreibungen

| Nr. | Schmerzen, Beschwerden und Diagnose | Seit | Therapie | Wirkung | ET | TCMKT | Wirkung | Bestätigung | Anmerk. |
|-----|---|-------|--|-----------|------------------|-------|------------------|-------------|---------|
| 1. | Li. Knie Arthrose, Meniskusschaden, Knorpelschaden IV.° (Röntgen, MRT, Arthroskopie) | 20 J. | PT, Medikamente | keine | OP | 6 | Beschwerdefrei | 1 M. | 1 |
| 2. | Li. Knie Arthrose, Meniskusschaden, Knorpelschaden IV.° | 4 J. | PT, Schmerztablette (Re. Knie operiert) | keine | OP, Prothese | 10 | Kaum Beschwerden | 2 J. + 2 M. | 12 |
| 3. | Re. + li. Knie Arthrose (Arthroskopie) | 5 J. | PT | keine | | 10 | Beschwerdefrei | 4 M. | 13 |
| 4. | Re. Knie Arthrose | 12 J. | | | | 9 | Beschwerdefrei | 4 M. | 3 |
| 5. | Re. + li. Knie Arthrose (Röntgen) | 15 J. | | | OP | 12 | Beschwerdefrei | 5 M. | 4 |
| 6. | Li. Knie Meniskusschaden | 30 J. | PT, Spritzen, Schmerztablette | vorhanden | | 8 | Beschwerdefrei | 15 M. | 6 |
| 7. | Li. Knie Meniskusschaden (MRT) | 2 M. | PT, Schmerztablette | keine | OP | 12 | Beschwerdefrei | 3 J. | 10 |
| 8. | Li. Knie Meniskusschaden (Re. Knie OP vor 6 Monate) | 3 M. | | | OP | 6 | Beschwerdefrei | 2 J. + 8 M. | 8 |
| 9. | Re. Knie Meniskusschaden (MRT) | 1 J. | | | OP | 9 | Beschwerdefrei | 2 J. + 4 M. | 11 |
| 10. | Re. Knie Schmerzen | 6 J. | | | | 11 | Beschwerdefrei | 4 M. | 5 |
| 11. | Re. Knie Schmerzen (Röntgen, CT) | 6 J. | Medikamente, Spritzen, Einlagen | keine | | 12 | Beschwerdefrei | 6 M. | 2 |
| 12. | Li. Knie Femoropatellararthrose IV.° (Röntgen, CT, MRT) | 8 J. | 2 OP (2008, 2011), PT, Medikamente, Spritzen | keine | OP | 6 | Kaum Beschwerden | 9 M. | 7 |
| 13. | Re. Knie (MRT) | 6 J. | OP (2007), PT | vorhanden | PT | 3 | Kaum Beschwerden | 6 M. | 9 |
| 14. | Li. Knie Meniskusschaden | 8 J. | OP (2005) | keine | | 8 | Kaum Beschwerden | 8 M. | 14 |
| 15. | Li. Knie Knie Arthrose, Meniskusschaden, Knorpelausdünnung. Re. Knie Arthrose, Meniskusschaden, Knorpelschaden III.-IV.° (Röntgen, CT, MRT) | 30 J. | Re. 4 OP (erste 1985, letzte 2011) | keine | OP (li. und re.) | 20 | Beschwerden | 3 M. | 15 |

Re. = Rechte, Li. = Linke, J. = Jahr, M. = Monat, PT = Physiotherapie, OP = Operation, ET = Empfehlende Therapie, TCMKT = TCM-Kombinationstherapie

VII. Ergebnis und weiterführende Fragen

Wenn die Kniebeschwerden Arthrose, Meniskusschaden und Knorpelschaden eine Grenze überschreiten, mussten sie in der westlichen Medizin operativ behandelt werden.

Ich habe die konservative TCM-Kombinationstherapie bei oben genannten 15 Kniebeschwerden angewendet. Sie hat erfolgreich gewirkt.

Bei den 15 statistischen Beispielen wurden gemäß der westlichen Behandlungsweise diese Empfehlungen ausgesprochen:

- 8 wurden eine Operation empfohlen,
- 1 Empfehlung zur Physiotherapie,
- 6 waren unentschlossen.

Ergebnis der TCM-Kombinationstherapie:

- 11 sind beschwerdefrei,
- 4 haben kaum noch Beschwerden.

Weiterführende Fragen zu den Ergebnissen der TCM-Kombinationstherapie:

- Ist der Patient weitgehend beschwerdefrei bzw. kaum noch eingeschränkt, ohne dass die anatomischen und organischen Strukturen eine Veränderung erfahren haben
- oder ist der Patient beschwerdefrei bzw. fast schmerzfrei während sich die anatomischen und organischen Strukturen feststellbar verändert haben?

Um diese Fragen zu beantworten, braucht man nur vor und nach der Behandlung eine Untersuchung, z.B. MRT, durchführen und die Diagnosen vergleichen.