

# Reflux, Magenübersäuerung und ihre Therapie

H. Biedermann

Auch in der Medizin gibt es Vorlieben und Moden, die unser (ärztliches) Handeln mehr bestimmen als uns lieb sein sollte. Gerade die wirkmächtige Industrie ist da nicht ganz unbeteiligt, kann sie doch über ihre professionellen Mechanismen die Aufmerksamkeit auf bestimmte Sachverhalte lenken und Probleme nach vorn schieben, oder gar erst kreieren.

Magenbeschwerden sind wohl so alt wie die zivilisierte Menschheit und sicher in Zeiten der weitgehend industriell produzierten Lebensmittel fast unvermeidlich. Neben dem 'Ärgern' des Magens und der Verdauung durch mehr oder weniger große Sünden beim Essen & Trinken kommt hier noch die berühmte Laus hinzu, die einem über den Magen läuft, wenn einen die Stürme des Lebens beuteln. Diese Region wird also nicht nur durch eigenes Verschulden, sondern auch durch die von außen kommenden Belastungen unter Druck gesetzt.

Die bekannten Magenbitter (s. Zeichnung) regten eher den Galle-Fluß an als dass sie den Magen beruhigten. Im Frankreich und Italien des 19. Jhd. stand dafür neben Pfeffer und Salz das Bikarbonat auf jedem Esstisch. In nördlicheren Ländern waren viele Jahre lang säurebindende Mittel die Methode der Wahl um bei Magenschwere gegenzusteuern. Präparate wie Rennie oder Talcid enthalten säureneutralisierende Stoffe, die Aluminium- Magnesium- oder Calciumsalze. Sie sind

leicht basisch und geben so im sauren Magenmilieu ihre Ionen ab. Im Darm kehrt sich dieser Prozeß wieder um, sodaß diese Präparate insgesamt neutral wirken, was in der Werbung für diese Präparate als Vorteil hervorgehoben wird.



*Der Schlemmer und sein Magenbitter...*

'Modernere' Mittel blockieren die Produktion der Magensäure, sodaß erst gar keine entstehen kann (sog. H<sub>2</sub>-Blocker oder Protonen-Pumpen-Inhibitoren, PPI). Diese Medikamente werden heute als Standardtherapie eingesetzt. Es werden immer wieder neue ähnlich wirkende Mittel vorgestellt, deren monatliche Therapiekosten schnell bei

deutlich über 50€ liegen.

Nun ist die Argumentation, dass es doch besser sei, die Magensäure erst gar nicht entstehen zu lassen, auf den ersten Blick sehr charmant. Von den Aluminium-haltigen Mitteln ist man 'eh nicht mehr so begeistert, da man einen Zusammenhang mit M.Alzheimer diskutiert. Man geht davon aus, dass 5% aller in westlichen Ländern Lebenden solche H<sub>2</sub>-Blocker langfristig einnehmen<sup>1</sup>. Das Arznei-Telegramm wies schon mehrmals auf die enorme Steigerung

1 Reimer et al: Gastroenterology (2009) 137, 80-87

der Verordnung hin<sup>2</sup>. Eines der bekannten Probleme ist das steigende Fraktur-Risiko durch Störung des Ca-Haushalts<sup>3</sup>, aber auch vermehrtes Risiko von Atemwegsinfekten.

Interessant dürfte auch die epidemiologische Erkenntnis sein, dass dies massenhafte Verordnen von säuremindernden Präparaten zwar einher ging mit einer Verminderung der Häufigkeit von Magengeschwüren, die Reizungen und Entzündungen des unteren Oesophagus aber deutlich zugenommen haben in den letzten Jahren.

Was vergessen wird bei diesen Überlegungen ist, dass gleichzeitig zum Abgeben der Säure in den Magen die äquivalente Menge Base im Blutkreislauf bleibt. Vielleicht brauchen wir die irgendwo? Dann wäre es nämlich gar keine gute Idee, die Säureproduktion abzublocken. Genau da setzen Überlegungen an, die schon Jahrzehnte alt sind. Vor fast hundert Jahren hatte der Physiologe F. Sander sein Buch zum Säure-Basen-Haushalt veröffentlicht (inzwischen wieder als Reprint zu haben<sup>4</sup>). Er wies damals auf diese 'vergessene' Wirkung der Protonenpumpen des Magens hin und betonte, dass die Magenschleimhaut der einzige Ort im Organismus ist, wo aktiv Säure ausgeschieden werden kann. Wir atmen auch CO<sub>2</sub> ab über die Lunge, das ist aber ein passiver Vorgang, der durch die Konzentrationsgradienten gesteuert wird und nicht gegen diese erzwungen werden kann. Macht man sich klar, wie wichtig z.B. der Säure-Basen-Haushalt für die Knochenstruktur ist wird deutlich, dass man als orthopädisch Tätiger gut daran tut, diese Überlegungen im Kopf zu haben, zumal bei älteren und chronisch Kranken.

Neben den oben dargestellten Stoffklassen der PPI und Antacida gibt es noch die ganz 'alte' Methode des Abpufferns der Magensäure durch Bikarbonat, also NaHCO<sub>3</sub>, das bekanntlich mit dem HCl der Magensäure

reagiert:  $\text{NaHCO}_3 + \text{HCl} = \text{NaCl} + \text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2$  – was auch erklärt, wie die Bäuerchen entstehen, die manchmal nach oben drängen, wenn man bei sehr saurem Magen sein Bikarbonat einnimmt. Dann ist die Säure weg. Argument dagegen ist, dass damit gerade ein Reiz auf die Magenschleimhaut ausgeübt wird, noch mehr Säure zu produzieren. Das stimmt wohl anfangs, läßt aber schnell nach – und vielleicht ist es eben ein Zeichen dafür, dass der betreffende Organismus ganz froh ist, sich so seiner überschüssigen Säure entledigen zu können?

Mit am überzeugendsten ist die alte ärztliche Tugend des Selbstversuchs. Gerade bei der hier dargestellten Behandlung des 'nervösen' Magens mit dem alten Bikarbonat kann ich damit dienen. Ob ich diesen Magen von meinem Vater geerbt habe kann man vermuten, aber natürlich nicht beweisen – dass ich damit die letzten 45 Jahre relativ gut gelebt habe kann ich aber versichern. Und analog zum Reklamespruch aus der Kosmetik kann ich versichern, dass ich an meinen Magen nur Wasser und Bikarbonat drangelassen habe – neben all den leckeren Dingen, mit denen man sich ernährt, und da zähl ich das regelmäßige Gläschen Wein auch dazu...

Natürlich muß man Magenprobleme ernst nehmen und gegebenenfalls erst mal Schlimmeres ausschließen, bevor man diese Tipps gibt. Aber die meisten H<sub>2</sub>-Blocker werden auch eher im Vorbeigehen verordnet. Und dann ist eben eine tägliche Flasche Bikarbonat-Mineralwasser allemal besser als jahrelang die Magenfunktion zu blockieren.

Wir haben dazu in unserer Praxis in Köln ein Merkblatt bereitliegen, das auch heruntergeladen werden kann und dies kompakt auf den Punkt bringt ([hier](#)).

2 a-t 2010; 41: 106-7

3 FDA Drug Safety Communication: Possible increased risk of fractures of the hip, wrist, and spine with the use of proton pump inhibitors, 25. Mai 2010;

4 Sander, Friedrich F.: *Der Säure-Basenhaushalt des menschlichen Organismus*, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1999