

Warnung: Die COVID-Impfungen werden falsch verabreicht

Analyse von [Dr. Joseph Mercola](#) d [Fact Checked](#)

GESCHICHTE AUF EINEN BLICK.

Jüngste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Impfstoffverwalter zu Impfstoffverletzungen beitragen können, wenn sie die Nadel nicht absaugen, um sicherzustellen, dass die Injektion nicht in den Blutkreislauf gelangt.

Mäuse, denen eine mRNA-COVID-Spritze intravenös verabreicht wurde, entwickelten eine Myoperikarditis, eine Entzündung des Herzens und der umgebenden Herzsäcke.

Intravenöse Injektionen des mRNA-"Impfstoffs" führten zu einer sichtbaren Degeneration und zum Absterben von Herzmuskelzellen. Dieser Schaden ist wahrscheinlich dauerhaft, da sich Herzzellen nicht regenerieren. Das geschädigte oder verlorene Herzgewebe wird einfach durch Narbengewebe ersetzt, das die Muskelkontraktion dauerhaft hemmt.

Die intravenöse Injektion führte auch zu Kalziumablagerungen in der inneren (viszeralen) Schicht des Herzbeutels, was zu restriktiver Perikarditis und diastolischer Herzinsuffizienz führen kann.

Die Mäuse, die die COVID-Spritze intravenös erhielten, hatten ebenfalls stark geschädigte Leberzellen.

In dem oben gezeigten Video gibt der pensionierte Dozent für Krankenpflege John Campbell, Ph.D., einen Überblick über Forschungsergebnisse, die zeigen, dass die intravenöse Injektion von mRNA-COVID-Spritzen eine akute

Myoperikarditis bei Mäusen. Wie sich herausstellte, werden die COVID-Spritzen von

den meisten Angehörigen der Gesundheitsberufe in Großbritannien und den USA falsch verabreicht, wodurch sich das Risiko schwerer Nebenwirkungen wie Herzentzündungen erhöht.

COVID-Spritzen werden nicht korrekt verabreicht

Wie Campbell erklärt, soll die Injektion bei einer intramuskulären Injektion in den Muskel gehen - nicht in eine Vene oder ein Blutgefäß. Um sicherzustellen, dass Sie kein Blutgefäß getroffen haben, müssen Sie den Kolben ein wenig herausziehen, bevor Sie die Flüssigkeit in die Spritze injizieren, um sicherzustellen, dass die Nadel nicht in einem Blutgefäß steckt.



Da die Nadel nicht abgesaugt wird, um sicherzustellen, dass die Injektion nicht in den Blutkreislauf gelangt, können Impfstoff Impfstoffverwalter möglicherweise zu Impfstoff-Verletzungen beitragen.

Wenn beim Zurückziehen des Kolbens Blut angesaugt wird, wissen Sie, dass Sie sich in einem Blutgefäß befinden, was Sie nicht wollen. In diesem Fall würde man die Nadel herausziehen und eine andere Stelle suchen. Dies wird jedoch nicht getan. Indem sie die Nadel nicht absaugen, um sicherzustellen, dass die Injektion nicht in den Blutkreislauf gelangt, tragen die Impfstoffverwalter möglicherweise zu Impfstoffverletzungen bei. Das muss sich wirklich ändern", sagt Campbell.

Intravenöse Injektion kann Myoperikarditis auslösen

Campbell bezieht sich dabei auf eine von Experten begutachtete Studie², die in der Zeitschrift Clinical Infektionskrankheiten Mitte August 2021 veröffentlicht. Die Forscher räumten ein, dass Myokarditis und Perikarditis sind bekannte Nebenwirkungen der

mRNA-COVID-Spritzen, und wir wollten herausfinden, ob die Art der Injektion etwas damit zu tun haben könnte.

Zu diesem Zweck injizierten sie einer Gruppe von Mäusen den mRNA-"Impfstoff" intravenös und einer anderen Gruppe intramuskulär. Eine dritte und vierte Gruppe erhielt intravenöse und intramuskuläre Injektionen von normaler Kochsalzlösung (Placebo).

Anschließend verglichen sie die klinischen Manifestationen, die Krankheitsanzeichen in verschiedenen Geweben, die mRNA-Expression in den Geweben und die Konzentration von Zytokinen und Troponin im Blut.

Zytokine sind ein wesentlicher Bestandteil des Entzündungsprozesses. Sie sind auch wichtige Signalmoleküle.

Die Zytokinwerte steigen an, wenn eine Entzündung vorliegt. Wenn die Zytokinfreisetzung außer Kontrolle gerät, kommt es zu einem so genannten Zytokinsturm, der tödlich sein kann. Troponin hingegen ist ein Marker für Herzschäden. Erhöhte Werte sind ein Anzeichen für eine ³ akuter oder kürzlich aufgetretener Herzinfarkt.

Zwar traten bei beiden Methoden Nebenwirkungen auf, aber nur die intravenös injizierten Mäuse entwickelten eine Myoperikarditis, d. h. eine Entzündung des Herzens und/oder des Herzbeutels. Wie von den Autoren ausführlich beschrieben: ⁴

"Obwohl in der IM [intramuskuläre Impfstoffinjektion]-Gruppe 1 bis 2 Tage nach der Injektion (dpi) ein signifikanter Gewichtsverlust und höhere Serumzytokin-/Chemokinwerte festgestellt wurden, entwickelte nur die IV [intravenöse Impfstoffinjektion]-Gruppe histopathologische Veränderungen einer Myoperikarditis, die sich in einer Degeneration der Kardiomyozyten, Apoptose und Nekrose mit angrenzenden Entzündungszellen zeigte. Infiltration und Kalkablagerungen am viszeralem Perikard, während es keine Anzeichen für Koronararterien oder andere kardiale Pathologien gab.

SARS-CoV-2-Spike-Antigenexpression durch Immunfärbung wurde gelegentlich

in infiltrierenden Immunzellen des Herzens oder der Injektionsstelle gefunden, in Kardiomyozyten und intrakardiale vaskuläre Endothelzellen, nicht aber Skelettmuskelzellen.

Die histologischen Veränderungen der Myoperikarditis nach der ersten intravenösen Initialdosis hielten zwei Wochen lang an und wurden durch eine zweite IM- oder intravenöse Booster-Dosis deutlich verschlimmert.

Die mRNA-Expression von IL-1 β , IFN- β , IL-6 und TNF- α im Herzgewebe stieg von 1dpi bis 2dpi in der IV-, aber nicht in der IM-Gruppe signifikant an, was mit dem Vorhandensein einer Myoperikarditis in der IV-Gruppe vereinbar ist. Eine ballonartige Degeneration der Hepatozyten wurde durchweg in der IV-Gruppe festgestellt."

Grob sichtbare Pathologie im Herzen

Wie Campbell feststellte, führte die intravenöse Injektion des mRNA-"Impfstoffs" zu "grob sichtbaren pathologischen Veränderungen im Herzen". Dazu gehörten sichtbare Degeneration, Apoptose und Nekrose (Zelltod) von Herzmuskelzellen.

Wenn die Zellen Ihres Herzens geschädigt sind, kann sich Ihr Herz natürlich nicht mehr richtig zusammenziehen, und dieser Schaden ist dauerhaft, da sich Herzzellen nicht wie viele andere Zellen regenerieren.

5

andere Gewebe tun.

Das geschädigte oder verlorene Herzgewebe wird einfach durch Narbengewebe ersetzt, das die Muskelkontraktion dauerhaft hemmt. Intravenöse Injektionen des mRNA-"Impfstoffs" führten auch zu Kalziumablagerungen in der inneren (viszeralen) Schicht des Herzbeutels.

Wenn ein Gewebe verletzt ist, kann es verkalken. Eine Verkalkung des viszeralen Herzbeutels ist also ein weiteres Indiz für eine Herzschädigung. Da der Herzbeutel Ihr Herz umgibt, das sich ausdehnen und zusammenziehen muss, um am Leben zu bleiben,

kann eine Verkalkung - Verhärtung - dieses Schutzbeutels natürlich verheerende Folgen für Ihre Gesundheit haben. In diesem Fall kann es zu einer sogenannten restriktiven Perikarditis kommen, die wiederum zu einer diastolischen Herzinsuffizienz führen kann.

Entzündungen in vielen Bereichen des Herzens gefunden

Die Forscher fanden darin auch COVID-Spike-Antigen:

1. Immunzellen im Herzen
2. Kardiomyozyten
3. Intrakardiale vaskuläre Endothelzellen

Wie von Campbell erklärt:

"Da der Impfstoff intravenös verabreicht wurde, gelangte die RNA zur Herstellung des Spike-Proteins ins Blut und damit in die Herzmuskelzellen ...

Die Herzmuskelzellen produzieren das Spike-Protein, [sie] exprimieren es auf ihrer Zelloberfläche.

Natürlich ist [das Spike-Protein] ein fremdes Protein, so dass die Immunzellen des Körpers

Sie sagten: 'Oh, ein fremdes Protein!' und griffen es an, und sie griffen die Zelle an, und das verursachte die Entzündung, die Myozyten im Herzmuskel."

Das Spike-Antigen und damit die Entzündung wurde auch in den intrakardialen Gefäßendothelzellen gefunden, d. h. in den Zellen, die die Blutgefäße des Herzens auskleiden. Diese Schädigung ist die Ursache für Blutgerinnsel.

Campbell vermutet, dass andere schwerwiegende Nebenwirkungen, wie die impfstoffinduzierte immunthrombotische Thrombozytopenie (VITT⁶, ebenfalls mit der unsachgemäßen Injektion der COVID-Spritzen direkt in die Blutbahn zusammenhängen könnten.

Verschlimmerung der Schäden nach der zweiten Dosis

Nach der ersten Dosis des intravenös verabreichten mRNA-"Impfstoffs" hielten die mit der Myokarditis verbundenen Veränderungen zwei Wochen lang an. Nach der zweiten Dosis, ob intravenös oder intramuskulär verabreicht, wurden die Schäden dann "deutlich verschlimmert".

Mit anderen Worten, wenn die erste Dosis nicht korrekt in den Blutkreislauf verabreicht wurde, war die Schädigung des Herzens nach der zweiten Dosis immer noch deutlich erhöht, selbst wenn die zweite Dosis korrekt in den Muskel verabreicht wurde.

"Und das ist natürlich genau das, was wir sehen", sagt Campbell. "Nach der zweiten Auffrischungsdosis tritt mehr Myoperikarditis auf als nach der ersten. Das hat sich in dieser Studie nun genau wiederholt. Wir müssen die Politik ändern."

Die Forscher entdeckten auch Zytokine im Herzgewebe der intravenös injizierten Tiere, darunter Interleukin (IL)-1 beta, IL-6, Interferon beta und Tumor-Nekrose-Faktor (TNF) alpha. Alle diese Zytokine sind entzündungsfördernd, und Entzündungen im Herzen sind unerwünscht.

Bemerkenswert ist, dass die Mäuse, die intramuskuläre Injektionen erhielten, höhere Zytokinwerte im Blut aufwiesen als die Mäuse in der intravenösen Gruppe, so dass die Entzündung unabhängig von der Injektionsmethode eindeutig vorhanden ist.

Intravenöse Injektionen schädigen auch die Leber

Bei den intravenös injizierten Mäusen kam es ebenfalls zu einer "ballonartigen Degeneration der Hepatozyten". Hepatozyten sind Leberzellen, und auch sie waren stark geschädigt. Mit Ausnahme des Herzens und der Leber waren alle anderen Organe in allen Gruppen "normal". All diese Befunde veranlassten die Forscher zu dem Schluss, dass:

"Unbeabsichtigte intravenöse Injektion von COVID-19 mRNA-Impfstoffen kann zu

Myoperikarditis. Ein kurzes Zurückziehen des Spritzenkolbens, um eine Blutaspiration auszuschließen, könnte eine Möglichkeit sein, dieses Risiko zu verringern.

Sowohl Pfizer/BioNTech als auch Moderna haben eindeutig erklärt, dass ihre Impfstoffe nur intramuskulär und nicht intravenös verabreicht werden sollten", so Campbell. Warum also stellen die Gesundheitsbehörden nicht sicher, dass die Impfungen korrekt verabreicht werden? "Das ist einfach völlig inakzeptabel", sagt er.

Seltsamerweise schreiben Großbritannien, die USA und die Weltgesundheitsorganisation vor, dass man die Nadel NICHT aspirieren soll, um die mit der Injektion verbundenen Schmerzen zu minimieren. "Es ist unglaublich", sagt Campbell, denn diese Richtlinien fördern tatsächlich vermeidbare Verletzungen.

Adenovirus-basierte Spritzen und Thrombose

Laut Campbell müssen COVID-Impfungen auf Adenovirus-Basis ebenfalls intramuskulär und nicht intravenös injiziert werden. Hier scheint das größte Risiko bei der intravenösen Injektion die Thrombozytopenie (niedrige Thrombozytenzahl, die zu unkontrollierten Blutungen führt) zu sein.

Campbell verweist auf eine Arbeit [7](#) aus dem Jahr 2007, die sich mit Adenovirus-induzierter Thrombozytopenie befasst. Sie kamen zu dem Schluss, dass die direkte Injektion von adenoviralen Gentransfervektoren in das Schwanzvene von Mäusen tritt routinemäßig eine Thrombozytopenie auf.

Leitfaden muss sofort aktualisiert werden

Campbell fordert nun seine Zuschauer auf, sich mit ihren politischen Vertretern in Verbindung zu setzen und sie aufzufordern, die COVID-Impfempfehlung zu aktualisieren. Campbell hat selbst eine Reihe von Briefen geschrieben, von denen einer auf dem Schreibtisch von Nadhim Zahawi, MP, dem britischen Minister für den Einsatz des COVID-

Impfstoffs, landete. In einer schriftlichen Antwort weist Zahawi Campbells Bedenken zurück und erklärt ihm, es gebe keinen Grund zur Sorge:

"In den Berichten über schwere Thrombosen mit gleichzeitiger Thrombozytopenie konnten wir in den Fällen im Vereinigten Königreich keine Hinweise auf einen Zusammenhang mit Verabreichungsfehlern finden.

Die sehr seltene Gerinnungsstörung, über die nach der Verabreichung des COVID-19-Impfstoffs der Universität Oxford/AstraZeneca berichtet wurde, ist vermutlich auf einen immunologischen Mechanismus zurückzuführen und nicht auf die Art und Weise, wie der Impfstoff verabreicht wird.

In einer von der Public Health England (PHE) veröffentlichten Anleitung heißt es: "Es besteht keine Notwendigkeit, den Kolben zurückzuziehen (anzusaugen), bevor der Kolben gedrückt wird, um den Impfstoff in den Muskel freizusetzen, da es an den empfohlenen Injektionsstellen keine großen Blutgefäße gibt."

Wie Campbell anmerkt, konnte natürlich kein Zusammenhang zwischen Thrombozytopenie und falscher Injektion nachgewiesen werden, denn wenn man es falsch macht, merkt man es nicht - außer man aspiriert. "Das, was Zahawi hier geschrieben hat, ist also reiner Blödsinn", sagt Campbell.

Er weist auch darauf hin, dass Zahawi keinen Beweis dafür liefert, dass die Blutgerinnungsstörung tatsächlich auf einen immunologischen Mechanismus zurückzuführen ist und nichts mit der Injektionsmethode zu tun hat. Campbell vermutet, dass zwar ein immunologischer Mechanismus am Werk sein könnte, die intravenöse Injektion aber auch Teil des Problems sein oder es sogar noch verstärken könnte. Campbell weist auch darauf hin, wie absurd es ist, dass es im Deltamuskel keine nennenswerten Blutgefäße gibt. Gewebe, das nicht ausreichend durchblutet wird, stirbt ab und fällt in wenigen Tagen ab. Natürlich gibt es in Ihrem Deltamuskel jede Menge Blutgefäße. "Wenn Sie jemanden kennen, der an der Macht ist, bringen Sie ihn dazu, die Politik zu ändern", sagt Campbell. Er hat es versucht, aber es ist klar, dass

die politische Elite nicht bereit ist, zuzuhören, und dass sie die Bedenken von Ärzten ignorieren wird.

Quellen und Referenzen

^{1, 2} [Klinische Infektionskrankheiten 18. August 2021; ciab707](#)

³ [CMAJ 8. November 2005; 173\(10\): 1191-1202](#)

⁴ [Klinische Infektionskrankheiten 18. August 2021; ciab707, Ergebnisse](#)

⁵ [UCLA Health Cardiac Repair and Regeneration](#)

⁶ [StatPearls 18. Juli 2021](#)

⁷ [Blut 2007; 109\(7\): 2832-2839](#)

Warning: The COVID Jabs Are Administered Incorrectly

Analysis by [Dr. Joseph Mercola](#) Fact Checked

STORY AT-A-GLANCE

- > Recent research suggests that by not aspirating the needle to make sure the injection is not going into your bloodstream, vaccine administrators may be contributing to vaccine injuries
- > Mice given an mRNA COVID shot intravenously developed myopericarditis, inflammation of the heart and surrounding heart sack
- > Intravenous injections of the mRNA "vaccine" induced visible degeneration and death of heart muscle cells. This damage is likely permanent, as heart cells do not regenerate. The damaged or lost cardiac tissue is simply replaced by scar tissue, which permanently inhibits muscle contraction
- > Intravenous injection also caused calcium deposits on the inner (visceral) layer of the pericardium, a condition that can lead to restrictive pericarditis and diastolic heart failure
- > The mice that received the COVID shot intravenously also had extensively damaged liver cells

In the featured video above, retired nurse lecturer John Campbell, Ph.D., reviews research showing that intravenous injection of mRNA COVID shots can induce acute myopericarditis in mice. As it turns out, most health professionals in the U.K. and U.S. are administering the COVID shots incorrectly, thereby raising the risk of serious side effects such as heart inflammation.

COVID Shots Are Administered Incorrectly

As explained by Campbell, when you administer an intramuscular injection, the injection is supposed to go into the muscle — not a vein or blood vessel. To ensure you haven't hit a blood vessel, you need to pull the plunger out a bit before injecting the fluid in the syringe to confirm that the needle isn't in a blood vessel.

“By not aspirating the needle to make sure the injection is not going into the bloodstream, vaccine administrators may be contributing to vaccine injuries.”

If blood is aspirated when pulling back the plunger, you know you're in a blood vessel, which is what you don't want. In that case, you'd pull the needle out and find another spot. However, this is not being done. By not aspirating the needle to make sure the injection is not going into the bloodstream, vaccine administrators may be contributing to vaccine injuries. This “really must change,” Campbell says.

Intravenous Injection Can Induce Myopericarditis

Campbell is referring to a peer-reviewed study published in the journal *Clinical*

2

Infectious Diseases in mid-August 2021. The researchers acknowledged that myocarditis and pericarditis are known side effects of the mRNA COVID shots, and wanted to determine whether the method of injection might have something to do with it.

To that end, they injected mRNA “vaccine” intravenously into one group of mice, and intramuscularly into another group. A third and fourth group received intravenous and intramuscular injections of normal saline (placebo).

They then compared the clinical manifestations, signs of disease in various tissues, mRNA expression in tissues, and levels of cytokines and troponin in the blood.

Cytokines are an essential part of the inflammatory process. They're also important signaling molecules.

Cytokine levels go up when inflammation is present. When cytokine release goes out of control, you end up with what's known as a cytokine storm, which can be lethal. Troponin, meanwhile, is a marker for heart damage. Elevated levels are indicative of an acute or recent heart attack.

While there were side effects associated with both methods, only the mice injected intravenously went on to develop myopericarditis, i.e., inflammation of the heart and/or heart sack. As detailed by the authors: ⁴

“Though signifecant weight loss and higher serum cytokine/chemokine levels were found in IM [intramuscular vaccine injection] group at 1 to 2 days post-injection (dpi), only IV [intravenous vaccine injection] group developed histopathological changes of myopericarditis as evidenced by cardiomyocyte degeneration, apoptosis and necrosis with adjacent inflammatory cell infeltration and calcifec deposits on visceral pericardium, while evidence of coronary artery or other cardiac pathologies was absent.

SARS-CoV-2 spike antigen expression by immunostaining was occasionally found in infeltrating immune cells of the heart or injection site, in cardiomyocytes and intracardiac vascular endothelial cells, but not skeletal myocytes.

The histological changes of myopericarditis after the ferst IV-priming dose persisted for 2 weeks and were markedly aggravated by a second IM- or IV-booster dose.

Cardiac tissue mRNA expression of IL-1 β , IFN- β , IL-6 and TNF- α increased signifecantly from 1dpi to 2dpi in IV but not IM group, compatible with presence of myopericarditis in IV group. Ballooning degeneration of hepatocytes was consistently found in IV group.”

'Grossly Visible Pathology in the Heart'

As noted by Campbell, intravenous injection of the mRNA "vaccine" induced "grossly visible pathology in the heart." This included visible degeneration, apoptosis and necrosis (cell death) of heart muscle cells.

Naturally, if the cells of your heart are damaged, your heart will be unable to contract properly and this damage will be permanent, as heart cells do not regenerate like many other tissues do.

The damaged or lost cardiac tissue is simply replaced by scar tissue, which will permanently inhibit muscle contraction. Intravenous injections of the mRNA "vaccine" also caused calcium deposits on the inner (visceral) layer of the pericardium.

When a tissue is injured, it can become calcified. So, calcification of the visceral pericardium is further evidence that heart damage is occurring. Of course, since the pericardium surrounds your heart, which needs to expand and contract for you to stay alive, calcification — hardening — of this protective sack can be devastating for your health. When this occurs, you can end up with a condition called restrictive pericarditis, which in turn can lead to diastolic heart failure.

Inflammation Found in Many Areas of the Heart

The researchers also found COVID spike antigen inside:

4. Immune cells found in the heart
5. Cardiomyocytes
6. Intracardiac vascular endothelial cells

As explained by Campbell:

"What this means is, because the vaccine was given intravenously, the RNA to make the spike protein went into the blood; it got into the myocardial cells ..."

The myocardial cells produce the spike protein, [they] express that to their cell surface.

Of course, [the spike protein] is a foreign protein, so the body's immune cells said 'Oh, foreign protein there!' and they attacked it, and they attacked the cell, and that's what caused the inflammation, the myocytes in the myocardium."

Spike antigen, and therefore inflammation, was also found in the intracardiac vascular endothelial cells, meaning the cells that line the blood vessels of your heart. This damage is what gives rise to blood clots.

Campbell suspects other serious side effects, such as vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT ⁶) might also be related to incorrectly injecting the COVID shots straight into the bloodstream.

Damage Aggravated After Second Dose

After the first dose of mRNA "vaccine" administered intravenously, the changes associated with myocarditis persisted for two weeks. The damage was then "markedly aggravated" after the second dose, whether intravenous or intramuscular.

In other words, if the first dose was given incorrectly into the blood stream, then even if the second dose was administered correctly into the muscle, damage to the heart was still significantly increased after that second dose.

"And of course, this is exactly what we are seeing," Campbell says. "There is more myocarditis after the second booster dose than after the first one. That has now been exactly duplicated in this study. We need to change the policy."

The researchers also discovered cytokines in the heart tissue of the animals injected intravenously, including interleukin (IL)-1 beta, IL-6, interferon beta and tumor necrosis factor (TNF) alpha. All of these cytokines cause inflammation, and you do not want inflammation in your heart.

It's worth noting that the mice that received intramuscular injections actually had higher cytokine levels in their blood than those in the intravenous group, so inflammation is clearly present regardless of the injection method.

Intravenous Injections Also Damaged the Liver

The mice injected intravenously also had "ballooning degeneration of hepatocytes." Hepatocytes are liver cells, and they were also extensively damaged. Aside from the heart and the liver, all other organs "appeared normal" in all groups. All of these findings caused the researchers to conclude that:

"Inadvertent intravenous injection of COVID-19 mRNA-vaccines may induce myopericarditis. Brief withdrawal of syringe plunger to exclude blood aspiration may be one possible way to reduce such risk."

As noted by Campbell, "both Pfizer/BioNTech and Moderna have clearly stated that their vaccines should only be given via [the] intramuscular route, not intravenously," so why are health authorities not making sure the shots are given properly? "It's just completely unacceptable," he says.

Curiously enough, the U.K., the U.S. and the World Health Organization all actually specify that you should NOT aspirate the needle, as that will help minimize the pain associated with the injection. "It's unbelievable," Campbell says, as these guidelines actually promote preventable injuries.

Adenovirus-Based Shots and Thrombosis

According to Campbell, adenovirus-based COVID shots also need to be injected intramuscularly and not intravenously. Here, the greatest risk associated with intravenous injection appears to be thrombocytopenia (low platelet count, which results in uncontrolled bleeding). Campbell refers to a 2007 paper that looked at adenovirus-induced thrombocytopenia.

They concluded that when adenoviral gene transfer vectors are injected directly into the

tail vein of mice, thrombocytopenia routinely occurs.

Guidance Needs To Be Updated Immediately

Campbell is now urging his viewers to contact their political representatives and call on them to update the COVID shot guidance. Campbell has written a number of letters himself, one ending up on the desk of Nadhim Zahawi, MP, the British minister for COVID vaccine deployment. In a written reply, Zahawi rebuffs Campbell's concerns, telling him there's nothing to worry about:

"From the reports of major thrombosis with concurrent thrombocytopenia, we have not been able to identify any evidence of association with errors in administration in the UK cases.

The very rare clotting condition reported following the administration of the University of Oxford/AstraZeneca COVID-19 vaccine is thought to be due to an immunological mechanism, rather than the way in which the vaccine is given.

Guidance published by the Public Health England (PHE) states 'There is no need to pull back the plunger (aspirate) before the plunger is depressed to release the vaccine into the muscle because there are no large blood vessels at the recommended injection sites.'

As noted by Campbell, of course they haven't been able to identify evidence of association between thrombocytopenia and incorrect injection, because when you do it wrong, you don't know it — unless you aspirate. "So, this is just poppycock, what Zahawi has written here," Campbell says.

He also points out that Zahawi provides no evidence that the blood clotting disorder is in fact due to an immunological mechanism and has nothing to do with the method of injection. Campbell suspects that while there may be an immunological mechanism at work, intravenous injection may also be part of the problem, or it might add to it.

Campbell also highlights the ludicrousness of there not being any significant blood vessels in the deltoid. Tissue that does not have an adequate blood supply will die and fall off in a few days. Of course there are plenty of blood vessels in your deltoid. "If you know someone in power, get them to change the policy," Campbell says. He tried, but clearly, the political elite are not willing to listen, and will dismiss concerns by actual doctors.

Sources and References

- [1, 2 Clinical Infectious Diseases August 18, 2021; ciab707](#)
- [3 CMAJ November 8, 2005; 173\(10\): 1191–1202](#)
- [4 Clinical Infectious Diseases August 18, 2021; ciab707, Results](#)
- [5 UCLA Health Cardiac Repair and Regeneration](#)
- [6 StatPearls July 18, 2021](#)
- [7 Blood 2007; 109\(7\): 2832-2839](#)