

มดลูกเล็กและการมีบุตรยากที่จัดการด้วยการแพทย์โฮมีโอพาธีแนวดั้งเดิม

มเนาะบุคคละ:

รายงานสองกรณีศึกษา

สีมา มาเฮช^{1*}, ทามารา เดนิโซวา^{2, 3}, ลิวมิลลา เกราซิโมวา^{4, 5}, นาเดชดา ปาห์มูโตวา⁶, นาเดชดา คูบาเชวา⁷, จอร์จ วิรุคัส⁹

1. โรงเรียนแพทย์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทย์เตอร์ มาเลเซีย

2. SAI FPE 'สถาบันฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญา' กระทรวงสาธารณสุข Chuvashia ,

เชบอคาร์ช สกพันรัฐรัสเซีย

3. มหาวิทยาลัย Mari State

4. สถาบันงบประมาณของรัฐด้านการดูแลสุขภาพ โรงพยาบาลคลินิกประจำเมือง Vinogradov V.V.

แผนกดูแลสุขภาพของมอสโก สกพันรัฐรัสเซีย

5. ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์เพื่อการศึกษาค้นคว้าของรัฐบาลกลาง

สถาบันการศึกษาด้านงบประมาณของรัฐ 'มหาวิทยาลัยอฮาทาแห่งมอสโก' สกพันรัฐรัสเซีย

6. ศูนย์การแพทย์โฮมีโอพาธี 'Zdorov'ye', สกพันรัฐรัสเซีย

7. คลินิก Nadezhda Kubasheva, มอสโก, สกพันรัฐรัสเซีย

8. มหาวิทยาลัย อีเจียน, ซีโรส, กรีซ

9. International Academy of Classical Homeopathy, Greece

* ติดต่อผู้เขียน ดร.สีมา มาเฮช

โรงเรียนแพทย์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยแพทย์เตอร์, มาเลเซีย โทร: +60 0123809077; อีเมล: bhatseema@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-4765-5595

หัวข้อที่ดำเนินเรื่อง: ภาวะมีบุตรยากและการแพทย์โฮมีโอพาธี

การสนับสนุนทางการเงิน: ไม่มี

บทคัดย่อ

ความคิดปกติของมดลูกแต่กำเนิดเป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งของการมีบุตรยากในเพศหญิง ความคิดปกติของท่อมดลูก ซึ่งภาวะมดลูกเจริญน้อยผิดปกติ (uterine hypoplasia) มีลักษณะเป็นการเจริญเติบโตของมดลูกที่หยุดชะงัก และในบางกรณีอาจไม่มีมดลูกเลย สร้างความท้าทายในการจัดการ

บทความนี้เสนอรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยสองรายที่มีภาวะมดลูกเจริญน้อยผิดปกติ

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแพทย์โฮมีโอพาธีมีประโยชน์ในการรักษาภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากภาวะนี้ ผู้ป่วยทั้งสองรายยังมีภาวะร่วมอื่น ๆ ที่ซับซ้อน ได้แก่

ภาวะไทรอยด์พร่องและถุงน้ำรังไข่ การรักษาทำให้เกิดการตั้งครรภ์และการคลอดครบกำหนดตามปกติของทารกที่แข็งแรงในทั้งสองกรณี

การแพทย์โฮมีโอพาธีเฉพาะบุคคลอาจมีประโยชน์ต่อภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากภาวะมดลูกเจริญน้อยผิดปกติ แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เพิ่มเติม

คำสำคัญ: ภาวะมีบุตรยาก, มดลูกเจริญน้อยผิดปกติ, ภาวะพร่องไทรอยด์, ถุงน้ำรังไข่, โฮมีโอพาธี

บทนำ

ภาวะมีบุตรยากที่วินิจฉัยว่าไม่สามารถตั้งครรภ์ทางคลินิกได้หลังจาก

ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเป็นเวลา 12 เดือนกำลังเพิ่มขึ้น

โดยส่งผลกระทบต่อเกือบ 8 ถึง 12% ของคู่สมรส

ภาวะทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้น 0.37% ต่อปีสำหรับเพศหญิงและ

0.291% สำหรับเพศชาย^{1,2}.

โดยส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากช่วงเวลาของการป้องกันการตั้งครรภ์

อายุของกลุ่มสมรสเพศหญิงและโรคทางระบบ

ภาวะมีบุตรยากมีสาเหตุจากปัจจัยเพศชายเพียงอย่างเดียวใน 20-30%

ของกรณี แต่โดยรวมแล้วมีส่วนเท่ากันในทั้งสองคู่³

ความคิดปกติของฮอร์โมน, ภาวะพร่องฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน,

ความคิดปกติของการทำงานของ cilia,

สิ่งกีดขวางทางกายวิภาคและสิ่งผิดปกติ, ภาวะรังไข่ไม่ทำงาน,

โรคถุงน้ำรังไข่หลายใบ, เนื้องอกมดลูก, การขาดอสุจิและหลังอัมพาต,

การลดลงของปริมาณอสุจิ, โรคทางระบบ

และความสัมพันธ์ทางสายเลือด

เป็นสาเหตุที่เป็นไปได้บางส่วนของการมีบุตรยาก³

ความเครียดทางจิตใจ โดยมีอิทธิพลต่อฮอร์โมน

ได้รับการระบุว่าเป็นสาเหตุของการมีบุตรยาก
หลายครั้งก็ไม่พบสาเหตุใดๆ
ซึ่งเรียกว่าภาวะมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ1

ความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด ซึ่งประมาณว่ามีความชุกร้อยละ 7 ในประชากร มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่เป็นลบ รวมถึงภาวะมีบุตรยาก⁴. ที่พบบ่อยที่สุดของสิ่งเหล่านี้

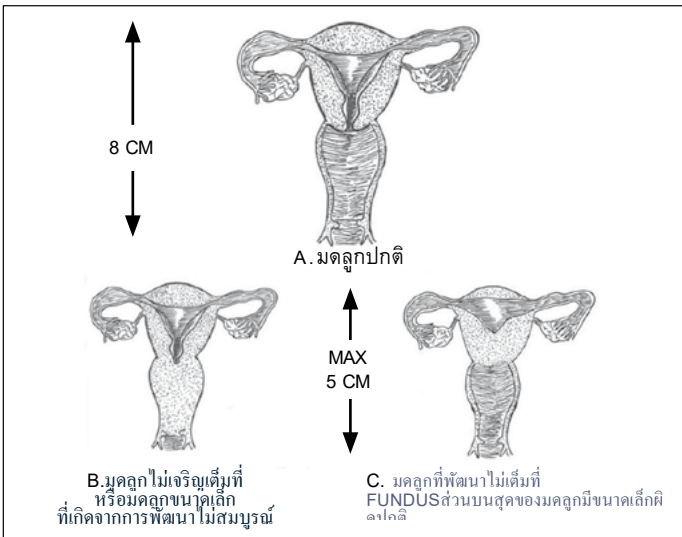
เป็นความผิดปกติของท่อ Müllerian

ซึ่งภาวะมดลูกเล็กกว่าปกติค่อนข้างหายาก โดยมีโอกาสตั้งครรภ์เองลดลง^{5,6}.

ภาวะมดลูกเจริญน้อยผิดปกติ (รูป1)

มีลักษณะเป็นการเจริญเติบโตของมดลูกที่หยุดชะงัก

และในบางกรณีอาจไม่มีมดลูกเลย" มดลูกไม่เจริญ



รูป1: การเปรียบเทียบมดลูกปกติและมดลูกเล็กกว่าปกติ

มักตรวจพบเมื่อคู่รักล้มเหลวในการตั้งครรภ์⁷ อย่างไรก็ตาม

ผู้หญิงบางคนบ่นเรื่องภาวะเลือดออกนอกมดลูกและการแท้งเร็วเช่นกัน⁷.

ในการปฏิบัติทางคลินิกมักพบว่าความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ไม่ได้เกิดขึ้นแยกจากกัน และภาวะมดลูกผิดปกติหรือมดลูกในวัยแรกเกิดร่วมกับความผิดปกติ เช่น ของต่อมไทรอยด์หรือ PCOD

หรือโรคเกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานอักเสบอาจทำให้สถานการณ์ซับซ้อนยิ่งขึ้น.

วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะมดลูกเล็กกว่าปกติยังขาดแคลน

งานวิจัยชิ้นหนึ่งรายงานการตั้งครรภ์แบบช่วยในสตรีที่มีมดลูกขนาดเล็กกว่าปกติ (จากรังไข่อักเสบหลังคาหุยม)

หลังการรักษาด้วยยาคุมกำเนิดขนาดต่ำในช่วงปีที่ 19 ถึง 30⁸

Grey literature (เอกสารที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัด หรือ

เอกสารที่ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่)

วรรณกรรมสี่ชิ้นนำเสนอแนวทางของโฮมีโอพาธีที่ช่วยในมดลูกขนาดเล็ก ในขณะที่ยังมีสถานการณ์อื่นๆ

อีกมากมายในสถานการณ์ภาวะมีบุตรยากทั่วไป^{9,10}.

เรานำเสนอสองกรณีของภาวะมดลูกเจริญไม่เต็มที่ (uterine hypoplasia)

ที่ถูกลำดับไปสู่การตั้งครรภ์ตามปกติและการคลอดด้วยโฮมีโอพาธีอย่างต่อเนื่อง

เฉพาะบุคคล.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่1

การนำเสนอรายงานผู้ป่วย:

เมื่อวันที่ 02/02/2018 ผู้ป่วยหญิงอายุ 24

ปีไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับปัญหาประจำเดือนมาไม่ปกติและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้แม้จะมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำเป็นเวลา 3 ปีก็ตาม

ประวัติทางการแพทย์ที่ผ่านมา:

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังในวัยเด็ก, กรวยไตอักเสบเรื้อรัง, โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบที่มีอาการกำเริบบ่อยตั้งแต่ไม่กี่ปี

ประวัติครอบครัว:

มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง และไตอักเสบเรื้อรัง

ประวัติทางนรีเวชวิทยา:

เธอเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 13 ปี และประจำเดือนมาไม่ปกติ (45 ถึง 55 วัน) ตั้งแต่นั้นมา มีเลือดออกมาก เธอใช้ยาแก้ปวดครั้งสำหรับอาการปวดประจำเดือน มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุ 17 ปี (มีคู่นอน 2 คน) เธอแต่งงานมา 3 ปีแล้วและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเป็นประจำ

:การวินิจฉัย:

.การตรวจทางคลินิกโดยนรีแพทย์: ผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อย มีลักษณะทางเพศรองที่พัฒนาไม่ดี กล่าวคือเต้านมพัฒนาไม่ดี อวัยวะเพศภายนอกมีรูปร่างปกติ มีการกระจายของขนตามแบบผู้หญิง การตรวจด้วยเครื่องมือตรวจช่องคลอดแสดงให้เห็นเยื่อเมือกสีชมพู ปากมดลูกมีรูปร่างกรวย การตรวจทางช่องคลอดพบมดลูกขนาดเล็ก, เอนไปข้างหน้า, ขนาดเล็ก, เจ็บปวดเมื่อเคลื่อนที่ และรังไข่ปกติ ตกขาวมีลักษณะเป็นเมือก นรีแพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะอวัยวะเพศเจริญน้อย (genital infantilism), ภาวะมีบุตรยากปฐมภูมิ และประจำเดือนมาไม่ปกติ

การตรวจทางคลินิกทั่วไปเป็นปกติ ยกเว้นต่อมไทรอยด์ซึ่งดูขยายใหญ่ขึ้น แต่ไม่มีอาการไทรอยด์ทำงานเกิน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ทำการประเมินฮอร์โมนและอัลตราซาวด์เพิ่มเติม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าฮอร์โมนกระตุ้นไทรอยด์ (TSH) เพิ่มขึ้น, เอสโตรเจนลดลง, ฮอร์โมนลูทิไนซิง (LH) ลดลง และโพรแลคตินเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

การตรวจอสุจิของสามีเป็นปกติ

:การวินิจฉัย:

การทดสอบวินิจฉัย	ผลลัพธ์	ช่วงอ้างอิง
TSH	6.1 mcMU/L	0.4–4 mcMU/L
FSH	16.7 mMU/ml	3.5–12.5 mMU/ml
LH	0.938 mMU/ml	1.59–14.9 mMU/ml
Estriol	10.2 ng/L	15–60 ng/L
Anti-Müllerian Hormone	3.2 ng/ml	1.88–7.29 ng/ml
Prolactin	657 mcMU/ml	102–496 mcMU/ml
อัลตราซาวด์สแกนอุ้งเชิงกราน	รังไข่มีถุงหลายใบ สัญญาณของการอักเสบเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานขนาดเล็ก	

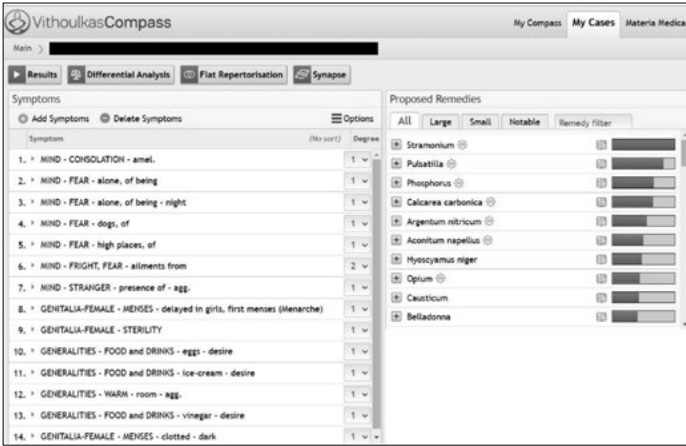
ตารางที่ 1: ผลการทดสอบวินิจฉัยของกรณีศึกษาที่ 1 ในการปรึกษาครั้งแรก TSH: ฮอร์โมนกระตุ้นไทรอยด์; FSH: เป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของรังไข่ มีผลต่อรอบประจำเดือน; LH: ฮอร์โมนลูทิไนซิง

ประจำเดือนมาไม่ปกติ (ICD 10-N 92.6) ภาวะมีบุตรยากปฐมภูมิ (ICD 10-N 97.9) และมดลูกเจริญน้อย (ICD10-Q51.811)⁵⁴

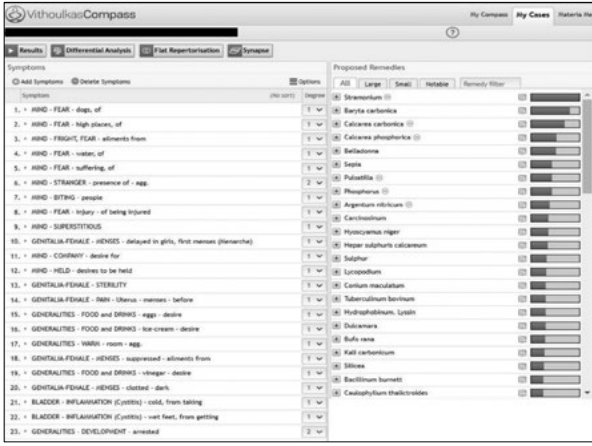
ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปปรึกษาที่คลินิกโฮมีโอพาธี

การปรึกษาทางโฮมีโอพาธี:

นอกเหนือจากอาการหลักของการมีบุตรยาก, ประจำเดือนมาไม่ปกติและเจ็บปวด, ยังมีการศึกษาคุณลักษณะทางจิตใจของผู้ป่วย และอาการที่เกี่ยวข้องได้รับการพิจารณาตามหลักการเฉพาะบุคคลของการแพทย์โฮมีโอพาธีแนวดั้งเดิม⁷ รูปที่ 2 แสดงอาการที่พิจารณาสำหรับการพิจารณาในการปรึกษาครั้งแรกและผลการวิเคราะห์นั้นบนซอฟต์แวร์การค้นอาการ Vithoulkas Compass¹¹.



รูป 2: การค้นหาอาการของผู้ป่วยรายที่1 การปรึกษาครั้งแรก



รูป3: การค้นหาอาการของผู้ป่วยรายที่1 วันที่ 13.02.2019

วันที่	การปรึกษา	ข้อสังเกต	การตรวจสอบ	การวินิจฉัย	ยา
2/02/2018 (การปรึกษาครั้งที่1)	นรีแพทย์	ประจำเดือนมาไม่ปกติ, มีเลือดออกมากและเจ็บปวดและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ประจำเดือนมาล่าช้า 45-55 วัน	TSH เพิ่มขึ้น, เอสโตรเจนต่ำ, LH ต่ำ, และโปรแลคตินเพิ่มขึ้น	ประจำเดือนมาไม่ปกติ, มีบุตรยากปฐมภูมิ และมดลูกเจริญไม่เต็มที	ยาแก้ปวดเกร็งแบบทั่วไปและยาแก้ปวดสำหรับการปวดประจำเดือน
11/03/2018 (การปรึกษาครั้งที่1)	แพทย์โฮมิโอพาธี	ประจำเดือนมาไม่ปกติ, มีเลือดออกมากและเจ็บปวดและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ผู้ป่วยร้องไห้และต้องการการปลอบใจ เธอมีความกลัวมากมาจากการคลอดในอดีต			<i>Stramonium 200CH</i> , 3 เม็ด; หนึ่งครั้ง
18/10/2018	นรีแพทย์	รอบประจำเดือนอยู่ 36-40 วัน อาการปวดประจำเดือนลดลง การกำเริบของกระเพาะปัสสาวะอีกเสบลดลง	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Oncocytology แสดงฮีสโตแกรมของการอักเสบ; พบปริมาณเชื้อจุลินทรีย์และเซลล์เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น	ไม่เปลี่ยนแปลง	
22/10/2018	แพทย์โฮมิโอพาธี	รอบประจำเดือนลดลงจาก 45 วันเหลือ 35 วัน อาการปวดประจำเดือนยังคงอยู่แต่ความรุนแรงลดลง ระดับพลังงานดีขึ้นมาก ความจำดีขึ้น เธอเคยอยู่กับแม่แม้จะแต่งงานแล้ว ตอนนี้เธอสามารถย้ายไปอยู่กับสามีได้ อาการร้องไห้ลดลง			<i>Stramonium 1M</i> , 3 เม็ด; หนึ่งครั้ง
13/02/2019	แพทย์โฮมิโอพาธี	โดยทั่วไปดีขึ้นและอาการหงุดหงิดลดลง ประจำเดือนมาปกติรอบ 35 วัน เธอรายงานการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันจากไวรัสที่มีไข้ 37.5 องศาเซลเซียส นาน 3 วัน ไม่ได้ใช้ยาใดๆ จากนั้นมีเชื้อราในช่องคลอดพร้อมตกขาวสีขาวเล็กน้อยและมีการคันเล็กน้อยนาน 5 วัน หายไปเองโดยไม่ต้องใช้ยา เธอไม่จำเป็นต้องใช้ยาสำหรับอาการปวดประจำเดือน UTI ลดลง อาการใหม่ๆ ที่ต้องการการพิจารณาใหม่ (รูปที่ 3)			<i>Pulsatilla 200CH</i> , 3 เม็ดวันละครั้ง, สามครั้ง
12/04/2019	นรีแพทย์	รอบประจำเดือน 30-35 วัน เลือดออกมากเกินไปและอาการปวดประจำเดือนลดลง ไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเกร็งระหว่างมีประจำเดือน	อัลตราซาวด์ (U/S) และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบภาวะการเจริญเติบโตของเยื่อโพรงมดลูก และเชื้อจุลินทรีย์เป็นปกติ	ไม่เปลี่ยนแปลง	

		ประจำเดือน ไม่ตั้งครรภ์			
22/11/2019	แพทย์โฮมีโอพาธี	โดยทั่วไปดีขึ้น ความกังวลลดลง รอบประจำเดือนปกติและไม่เจ็บปวด อุณหภูมิร่างกายพื้นฐานเพิ่มขึ้นในช่วงกลางรอบ เมื่อผู้ป่วยเริ่มวัด			<i>Pulsatilla</i> 200CH, 3 เม็ดวันละครั้ง, สามครั้ง
04/12.2020	ห้องปฏิบัติการ		การสแกน U/S ของขนาดมดลูก: A-P: 27 มม. (N-30-45 มม.); ความยาว: 41 มม. (N-45-50 มม.); เส้นทแยงมุม: 31 มม. (N-35-50 มม.); อัตราส่วนของมดลูกและปากมดลูก: 3:1 (N-2:1) ความหนาของเยื่อโพรงมดลูก: 4 มม. (N-มากกว่า 6 มม.)		
12.02/2020	นรีแพทย์	ระยะเวลาของรอบประจำเดือน 28-30 วัน	อัลตราซาวนด์มดลูกและรังไข่แสดงสัญญาณของรูขุมขนเด่นในรังไข่ขวา	ไม่เปลี่ยนแปลง	
12/06/2020	นรีแพทย์	ประจำเดือนมาล่าช้า	การทดสอบการตั้งครรภ์เป็นบวก	วินิจฉัยว่าเป็น ภาวะอวัยวะเพศ เจริญน้อยแล ระยะเวลาตั้ง ครรภ์สั้น	แนะนำให้ทำ U/S ใน 2 สัปดาห์ และดูแลที่คลินิก ฝากครรภ์
24/08/2020	แพทย์โฮมีโอพาธี			วินิจฉัยว่าตั้งครรภ์	หยุดการรักษา ขอให้ผู้ป่วยปรึกษา ในกรณีที่มีอาการ ใดๆ

ตาราง 2: การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายที่ 1 ระหว่างการรักษาโดยโฮมีโอพาธี

การจ่ายยาและการติดตามผล:

เมื่อวันที่ 11/3/2018 ผู้ป่วยได้รับยา Stramonium 200CH, 3 เม็ด, ใต้ลิ้นครั้งเดียว การติดตามผลแสดงในตารางที่ 2

ผลลัพธ์:

ผู้ป่วยมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 10/5/2020 ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์สองเดือนต่อมา เธอตั้งครรภ์ได้ปกติและคลอดทารกที่แข็งแรงครบกำหนดตามปกติ

ผู้ป่วยรายที่ 2

การนำเสนอรายงานผู้ป่วย:

หญิงสาวอายุ 20 ปีมาด้วยอาการไม่สามารถตั้งครรภ์ได้หลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเป็นประจำกับคู่นอนคนเดียวกันมาห้าปี

ประวัติอาการปัจจุบัน:

เธอได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไทรอยด์อักเสบจากภูมิคุ้มกันและกำลังรับประทานยาเลโวไทรอกซิน เธอยังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำรังไข่แต่ไม่ได้รับการรักษาใดๆ ไม่มีรายงานไทรอยด์ล่าสุดในขณะที่ปรึกษา

ประวัติทางการแพทย์ในอดีต:

ผู้ป่วยเคยมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันซ้ำๆ และมีไข้สูงจนถึงอายุ 15

ประวัติครอบครัว:

บิดาของเธอเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร, ย่าของเธอมีภาวะมดลูกหย่อนเล็กน้อย และปู่ของเธอได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มารดาของเธอมีภาวะปากมดลูกผิดปกติและดื่มนม ย่าของเธอเสียชีวิตเมื่ออายุ 57 ปีด้วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์และเบาหวาน; ตามมาด้วยปู่ของเธอเป็นมะเร็งคอ ซึ่งเขาเสียชีวิตเมื่ออายุ 70 ปี

ประวัติทางนรีเวชวิทยา

เธอมีประจำเดือนเมื่ออายุ 13 ปี และลักษณะทางเพศรองของเธอพัฒนาได้ดี มีปัญหาเกี่ยวกับรอบประจำเดือนตั้งแต่แรกเริ่ม: ประจำเดือนมาไม่ปกติ ซึ่งอาจขาดหายไป 2-3 เดือน ประจำเดือนมาเจ็บปวดอย่างรุนแรงในวันแรก (แต่เธอไม่ใช่ยาแก้ปวด เนื่องจากเธอมีทัศนคติเชิงลบต่อยาเหล่านั้น) ประจำเดือนมามากและนาน.

เมื่ออายุ 19 ปี เธอได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำรังไข่และมีของเหลวในถุงช่องทวารหนักและช่องคลอด (pouch of Douglas)

การวินิจฉัย:

.การสแกนอัลตราซาวนด์ช่องท้องและอุ้งเชิงกรานแสดงมดลูกขนาดเล็ก 4.6 x 2.8 x 4.2 ซม. และการยึดติดของอุ้งเชิงกราน

เธอได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และข้อมูลลิสต์โรมัน แต่เธอไม่ได้ทำ เธอได้รับคำแนะนำให้ใช้ฮอร์โมนบำบัดและการปรึกษาทางนรีเวชวิทยาเป็นประจำ แต่เธอเลือกที่จะใช้การแพทย์โฮมีโอพาธิ์แทน

การวินิจฉัย:

ภาวะมีบุตรยากปฐมภูมิ (ICD 10 – N 97.9), มดลูกเจริญน้อย (ICD10 – Q51.811), ไทรอยด์อักเสบจากภูมิคุ้มกัน (ICD 10 – E06.3).

การปรึกษาทางโฮมีโอพาธิ์:

ในกรณีนี้ ผู้ป่วยไม่มีอาการอื่นใดนอกจากมดลูกเล็กกว่าปกติ การค้นอาการทางโฮมีโอพาธิ์ระบุในสภาวะเช่นนั้นภายใต้หัวข้อคำค้นอาการ "พัฒนาการถูกยับยั้ง¹¹" คำรับยาที่สำคัญที่สุดสำหรับสภาวะเช่นนี้คือ *Baryta carbonica*.

การจ่ายยาและการติดตามผล:

Baryta carbonica 200CH ถูกจ่ายยาเมื่อวันที่ 30/06/2014. การติดตามผลมีไว้ในตารางที่ 3.

ผลลัพธ์:

แปดเดือนหลังจากเริ่มการรักษาด้วยโฮมีโอพาธิ์ เธอตั้งครรภ์ การสแกนอัลตราซาวนด์เมื่อวันที่ 5/08/2015 แสดงการตั้งครรภ์ 25 สัปดาห์ โดยมีพารามิเตอร์ทั้งหมดเป็นปกติ การสแกนอัลตราซาวนด์เมื่อวันที่ 25/10/2015 แสดงการตั้งครรภ์ 33 สัปดาห์ของทารกในครรภ์เพศหญิงปกติ

ผู้ป่วยคลอดทารกหญิงที่แข็งแรงเมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ในวันที่ 23/11/2015 ผู้ป่วยมีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองที่แข็งแรงและคลอดทารกชายเมื่ออายุครรภ์ 41 สัปดาห์ในวันที่ 9/7/2019 หลังการคลอดครั้งที่สอง เธอไม่มีความผิดปกติในรอบประจำเดือนหรืออาการปวดระหว่างมีประจำเดือน

วันที่	การปรึกษา	ข้อสังเกต	การตรวจสอบ	การตรวจสอบ	ยา
29/07/2014	แพทย์โฮมีโอพาธิ์	โดยทั่วไปดี, ไม่มีอาการใหม่	ไม่มี		<i>Baryta carbonica 200CH</i> หนึ่งครั้ง
19/09/2014	แพทย์โฮมีโอพาธิ์	โดยทั่วไปดี, ไม่มีอาการใหม่	ไม่มี		<i>Baryta carbonica 200CH</i> หนึ่งครั้ง
04/11/2014	แพทย์โฮมีโอพาธิ์		ไม่มี		<i>Baryta carbonica 200CH</i> หนึ่งครั้ง

26/12/2014	แพทย์โฮมีโอพาธี	โดยทั่วไปดี, ไม่มีอาการใหม่	ไม่มี		<i>Baryta carbonica 200CH</i> หนึ่งครั้ง
28/03/2015		ขึ้นชั้นการตั้งครรภ์	การทดสอบการตั้งครรภ์	ครรภ์ 6-7 สัปดาห์	ไม่มี
05.08.2015	นรีแพทย์		การสแกนอัลตราซาวด์ (U/S) ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน	ตั้งครรภ์ 25 สัปดาห์; พารามิเตอร์ทั้งหมดปกติ	ไม่มี
25/10/2015	นรีแพทย์		การสแกน U/S ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน	ตั้งครรภ์ 33 สัปดาห์พร้อมทารกหญิงปกติ	ไม่มี

ตารางที่ 3: การติดตามผลกรณีศึกษาที่ 2 ระหว่างการรักษาด้วยโฮมีโอพาธี

การอธิบาย:

การแพทย์โฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิมมองว่าสิ่งมีชีวิตของมนุษย์เป็นองค์รวม

ประกอบด้วยกายภาพ อารมณ์ และจิตใจ ในลำดับขั้นนั้น

ร่างกายมักได้รับผลกระทบทั้งหมด

แม้ว่าพยาธิสภาพที่ชัดเจนจะเน้นไปที่ระดับใดระดับหนึ่งก็ตาม¹²

มีหลักฐานมากมายในภูมิคุ้มกันวิทยาที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของระบบ

ในโรคอักเสบเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะทางจิตใจและอารมณ์ใน

ระหว่างการเจ็บป่วยดังกล่าว^{13,14}

การแพทย์โฮมีโอพาธีปรับแต่งการรักษาให้เข้ากับภาพรวมของความเจ็บป่วยนี้

เพื่อกระตุ้นกลไกภูมิคุ้มกันของร่างกายเองเพื่อเอาชนะโรค ดังนั้น

จึงมีการใช้กลยุทธ์การส่งยาที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับกรณีของผู้ป่วยแต่ละราย

ในกรณีแรก มีการมีส่วนร่วมของระบบในภาวะสมดุลเจริญน้อยเล็กน้อย,

ความคิดปกติของฮอร์โมน, ประจำเดือนที่เจ็บปวด และความคิดปกติทางอารมณ์

จำเป็นต้องมีการรักษาที่ลึกซึ้งและยาวนานขึ้นโดยอิงจากภาพรวมของอาการ

กรณีที่สอง ไม่แสดงการมีส่วนร่วมของระบบใดๆ

และต้องการเพียงการจ่ายยาตามพยาธิสภาพ

ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีภายในระยะเวลาอันสั้น

หลักการสำคัญของการรักษาแบบแผนปัจจุบันในกรณีมีบุตรยากที่มีภาวะสมดุลเจริญน้อยคือการรักษาค่ายฮอร์โมน และถึงกระนั้น ผลลัพธ์ก็ไม่แน่นอน

การมีภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมนไทรอยด์และรังไข่ในกรณีนี้ยิ่งทำให้ซับซ้อนและท้าทายมากขึ้น เราเห็นว่าแม้จะมีสิ่งเหล่านี้

การสแกนอัลตราซาวนด์ของผู้ป่วยก็แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติจากการมีสภาวะที่รังไข่มีถุงน้ำขนาดเล็ก (ฟอลลิเคิล)

จำนวนมากไปสู่การมีถุงน้ำรังไข่เด่นเพียงอันเดียว

ตามมาด้วยการตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จ (ตารางที่ 2) ในกรณีที่สอง

ภาวะสมดุลเจริญน้อยนั้นน่าทึ่ง (2.8 ซม. ในมิลิเดียว)

และโอกาสของการตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จดูเหมือนจำกัดหากไม่มีฮอร์โมน

บำบัด⁸ เธอประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์สองครั้งหลังการรักษา

แม้ว่าการรักษาภาวะมีบุตรยากจะมีความก้าวหน้าอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมา^{15,16}

, แต่วิธีการที่บุตรน้อยลงและมีผลข้างเคียงน้อยที่สุดเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา

ด้วยการสอบสวนทางวิทยาศาสตร์เพื่อสร้างประสิทธิภาพ

การแพทย์โฮมีโอพาธีอาจเป็นทางเลือกหนึ่ง

เกณฑ์	Y	N	ไม่แน่ใจ/ไม่มี	ผู้ป่วย 1	ผู้ป่วย 2
1. มีการดีขึ้นของอาการหลักหรือภาวะที่ได้ใช้ยาโฮมีโอพาธีหรือไม่?	2	-1	0	2	2
2. การดีขึ้นทางคลินิกเกิดขึ้นภายในกรอบเวลาที่สมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับการใช้ยาหรือไม่?	1	-2	0	1	1
3. มีอาการกำเริบเริ่มต้นหรือไม่?	1	0	0	0	0
4. ผลกระทบคลุมเครือกว่าอาการหลักหรือภาวะหรือไม่ นั่นคืออาการอื่นๆ ดีขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงในที่สุดหรือไม่?	1	0	0	1	0
5. ความเป็นอยู่โดยรวมดีขึ้นหรือไม่?	1	0	0	1	1
6 (A) ทิศทางการหายของโรค: อาการบางอย่างดีขึ้นในลำดับตรงข้ามกับการพัฒนาอาการของโรคหรือไม่?	1	0	0	0	0
6 (B) ทิศทางการหายของโรค: อย่างน้อยสองในประเด็นต่อไปนี้ใช้กับลำดับการดีขึ้นของอาการหรือไม่: - จากอวัยวะที่สำคัญกว่าไปสู่อวัยวะที่สำคัญน้อยกว่า; - จากแรงมูที่ลึกกว่าไปสู่แรงมูที่ตื้นกว่าของแต่ละบุคคล; - จากบนลงล่าง?	1	0	0	0	0
7. 'อาการเก่า' (กำหนดเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวกับฤดูกาลและไม่เกี่ยวกับรอบเดือนที่เคยคิดว่าหายไปแล้ว) ปรากฏขึ้นชั่วคราวในระหว่างการดีขึ้นหรือไม่?	1	0	0	0	0
8. มีสาเหตุอื่น (นอกเหนือจากยา) ที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะก่อให้เกิดการดีขึ้นหรือไม่ (พิจารณาเส้นทางของโรคที่เป็นที่รู้จัก, รูปแบบการรักษาอื่น ๆ และการแทรกแซงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องอื่นๆ)?	-3	1	0	1	1
9. การดีขึ้นของสุขภาพได้รับการยืนยันด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (ในกรณีนี้คือการตั้งครรภ์) หรือไม่?	2	0	0	2	2
10. การซ้ำยา หากดำเนินการ, สร้างการดีขึ้นทางคลินิกที่คล้ายกันหรือไม่?	1	0	0	1	1
รวม				+9	+8

ตารางเสริม 1: คะแนน MONARCH



สรุป

การแพทย์โฮมีโอพาธีเฉพาะบุคคลมีประโยชน์ในผู้หญิงสองรายที่มีภาวะ
มดลูกเจริญน้อยและการมีบุตรยากปฐมภูมิ
มีความจำเป็นต้องมีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เพื่อตรวจสอบความเกี่ยวข้อง
ของการแพทย์ชีวิตแบบคลาสสิกในพยาธิสภาพนี้

หัวข้อ	เนื้อหา	ผู้ป่วย1 หน้าที่	ผู้ป่วย1 หน้าที่
หัวเรื่อง	คำว่า 'รายงานผู้ป่วย' ควรอยู่ในชื่อเรื่องพร้อมกับสิ่งที่น่าสนใจที่สุดในกรณีนี้	1	1
คำสำคัญ	องค์ประกอบสำคัญของกรณีนี้ในคำหลัก 2 ถึง 5 คำ.	1	1
บทคัดย่อ	บทนำ— มีอะไรพิเศษเกี่ยวกับรายงานผู้ป่วยนี้? มันเพิ่มอะไรให้กับวรรณกรรมทางการแพทย์? อาการหลักของผู้ป่วยและผลการวินิจฉัยทางคลินิกที่สำคัญ การวินิจฉัยหลัก วิธีการรักษา และผลลัพธ์สรุป — บทเรียนหลัก 'นำไปใช้ได้' จากรายงานผู้ป่วยนี้คืออะไร	1	1
Introduction	Brief background summary of this case, referencing the relevant medical literature.	2	2
ข้อมูลผู้ป่วย	ข้อมูลประชากร (เช่น อายุ เพศ ชาติพันธุ์ อาชีพ) อาการหลักของผู้ป่วย (อาการป่วยหลักของเขาหรือเธอ) ประวัติทางการแพทย์ ครอบครัว และจิตสังคม รวมถึงโรคร่วมและข้อมูลทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้อง มาตรการที่เกี่ยวข้องในอดีตและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง	3	5, 6
ผลการวินิจฉัยทางคลินิก	อธิบายผลการตรวจร่างกาย (PE) ที่เกี่ยวข้องและรายละเอียดประวัติทางคลินิก (อาการ โสมิโอพาทีย์ที่ใช้เพื่อการตัดสินใจ ฯลฯ)	3, 4	6
ลำดับเหตุการณ์	แสดงให้เห็นเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการแทรกแซงของคุณ (ตารางหรือรูป)	ตาราง 2	ตาราง 3
การประเมินการวินิจฉัย	วิธีการวินิจฉัย (เช่น PE, การทดสอบในห้องปฏิบัติการ, การถ่ายภาพ, แบบสอบถาม) ความท้าทายในการวินิจฉัย (เช่น การเงิน ภาษา หรือวัฒนธรรม) เหตุผลในการวินิจฉัย รวมถึงการวินิจฉัยอื่นๆ ที่ได้รับการพิจารณา ลักษณะการพยากรณ์โรค (เช่น ระยะในเนื้องอกวิทยา) หากมี	4, ตาราง 1	5
การแทรกแซงการรักษา	ประเภทของมาตรการ (เช่น เกสซ์วิทยา ศัลยกรรม บั๊องกัน การดูแลตนเอง) ประเภทของโสมิโอพาทีย์: เป็นรายบุคคล ยา: ระบบการตั้งชื่อ (ระบุใบสั่งยาหรือส่วนประกอบหรือชื่อทางการค้าของแต่ละบุคคล) การผลิต ประสิทธิภาพ ขนาด และรูปแบบกาเลนิก การบริหารสิ่งแทรกแซง (เช่น ขนาดยา ความแรง ระยะเวลา) การเปลี่ยนแปลงการแทรกแซง (พร้อมเหตุผล)	4	6
การติดตามและผลลัพธ์	ผลลัพธ์ที่แพทย์และผู้ป่วยประเมิน ผลการทดสอบติดตามผลที่สำคัญ การยึดมั่นในการแทรกแซงและความทนทาน (ประเมินได้อย่างไร) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และไม่คาดคิด หลักฐานวัตถุประสงค์ (ถ้ามี) การเกิดขึ้นของการกำเริบทางโสมิโอพาทีย์ การระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงได้รับการประเมิน/อภิปรายอย่างชัดเจน	ตาราง2	ตาราง 3
การอภิปราย	การอภิปรายถึงจุดแข็งและข้อจำกัดในการจัดการคดีนี้ การอภิปรายเกี่ยวกับวรรณกรรมทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เหตุผลในการสรุป (รวมถึงการประเมินสาเหตุที่เป็นไปได้) บทเรียนหลัก 'นำไปใช้ได้' ของรายงานผู้ป่วยนี้	6, 7	6, 7
มุมมองของผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้แบ่งปันมุมมองหรือประสบการณ์ของตนเองหรือไม่?	มี	มี
การรับทราบความยินยอม	ผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยแจ้งให้ทราบหรือไม่? กรุณาระบุหากมีการร้องขอ	มี	Yes

ตารางเสริม 2: รายการแนวปฏิบัติ HOM-CASE

โฮมีโอพาธี้นั้นมองว่าสิ่งมีชีวิต
ของมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่สำคัญ
ประกอบด้วยความสามารถทางร่างกาย
อารมณ์ และจิตใจ



ประเด็นสำคัญ:

- ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อคู่รักเกือบ 8-12% โดยมีภาวะทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น
- สาเหตุทางกายวิภาคของภาวะมีบุตรยากก่อให้เกิดความท้าทายต่อการรักษา
- เรานำเสนอสองกรณีของภาวะมดลูกเล็กกว่าปกติ(uterine hypoplasia) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะมีบุตรยากปฐมภูมิ และลูกหลานไปสู่การตั้งครรภ์ตามปกติและการคลอดบุตรด้วยการรักษาโฮมีโอพาธีแนวดั้งเดิมเฉพาะรายบุคคล
- แม้ว่า การรักษาภาวะมีบุตรยากจะมีความก้าวหน้าอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่ก็ควรใช้วิธีการที่รุกรานน้อยกว่าและมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด และการบำบัดด้วยธรรมชาติบำบัดแบบดั้งเดิมอาจเป็นทางเลือกหนึ่งดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ: ผู้เขียนรับทราบความช่วยเหลือของผู้ป่วยในการยินยอมให้ตีพิมพ์

ความขัดแย้งทางผลประโยชน์: ผู้เขียนประกาศว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การยินยอมให้ตีพิมพ์:

ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการตีพิมพ์คดีและรายงานเงินทุน:

ไม่มีเงินทุนสำหรับการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Szkodziak F, Krzyanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. J Int Med Res. 2020;48(6):300060520932403. doi:10.1177/0300060520932403
2. Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. Aging. 2019;11(23):10952-10991. doi:10.18632/aging.102497
3. Vander Borcht M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clin Biochem. 2018;62:2-10. doi:10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012
4. Jing R, Kong Y, Han G, et al. The Mutation of the Ap3b1 Gene Causes Uterine Hypoplasia in Pearl Mice. Reprod Sci Thousand Oaks Calif. 2020;27(1):182-191. doi:10.1007/s43032-019-00006-7
5. Reyes-Muñoz E, Vitale SG, Alvarado-Rosales D, et al. Müllerian Anomalies Prevalence Diagnosed by Hysteroscopy and Laparoscopy in Mexican Infertile Women: Results from a Cohort Study. Diagn Basel Switz. 2019;9(4):E149. doi:10.3390/diagnostics9040149
6. Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies – Akhtar – 2020 – BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology – Wiley Online Library. Accessed October 6, 2021. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15968
7. Mazouni C, Girard G, Deter R, Haumonte JB, Blanc B, Bretelle F. Diagnosis of Mullerian anomalies in adults: evaluation of practice. Fertil Steril. 2008;89(1):219-222. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.02.044
8. Shahabi P, Asadzadeh S, Bannazadeh Baghi H, Sadeghzadeh Oskouei B. Pregnancy after mumps: a case report. J Med Case Reports. 2019;13(1):379. doi:10.1186/s13256-019-2271-9

9. A Case of Infantile Uterus – Seema Mahesh. Accessed November 30, 2021. https://hpathy.com/clinical-cases/case-infantile-uterus/
10. Kalampokas T, Botis S, Kedikgianni-Antoniou A, et al. Homeopathy for infertility treatment: a case series. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014;41(2):158-159.
11. Vithoulkas G. Vithoulkas Compass v6.0. Published online 2021. Accessed October 6, 2021. https://vc.vithoulkascompass.com/
12. Vithoulkas G. The Science of Homeopathy. B. Jain Publishers; 2002. Accessed October 6, 2021. https://books.google.co.in/books?hl=en&lr=&id=vx_
13. In Sickness and in Health: The Co-Regulation of Inflammation and Social Behavior – PubMed. Accessed October 6, 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27480575/
14. D'Mello C, Swain MG. Immune-to-Brain Communication Pathways in Inflammation-Associated Sickness and Depression. Curr Top Behav Neurosci. 2017;31:73-94. doi:10.1007/7854_2016_37
15. Harper JC, Aittomäki K, Borry P, et al. Recent developments in genetics and medically assisted reproduction: from research to clinical applications. Eur J Hum Genet EJHG. 2018;26(1):12-33. doi:10.1038/s41431-017-0016-z
16. Ford EA, Beckett EL, Roman SD, McLaughlin EA, Sutherland JM. Advances in human primordial follicle activation and premature ovarian insufficiency. Reprod Camb Engl. 2020;159(1):R15-R29. doi:10.1530/REP-19-0201



Dr. Seema Mahesh BHMS, MD (hom), Dip (IACH), MSc (Medical sciences)

อีเมล: bhatseema@hotmail.com, research@vithoulkas.com

ORCID: 0000-0002-4765-5595 | Scopus ID: 57196454216 | Google Scholar profile: <https://scholar.google.co.in/citations?user=pqSpjn0AAAAJ&hl=en&oi=ao> | Research Gate profile: <https://www.researchgate.net/profile/Seema-Mahesh> |

Publons profile: <https://publons.com/researcher/1377635/seema-mahesh/>

ดร. Seema Mahesh เป็นนักเรียนของศาสตราจารย์ จอร์จ วิตุคัส

และแพทย์โฮมีโอพาธีแนวดั้งเดิมที่มีชื่อเสียงจากบังกาลอร์ ประเทศอินเดีย

เธอยังเป็นผู้อำนวยความสะดวกของ *International Academy of Classical*

Homeopathy, Alonissos ประเทศกรีซ อบรม *Cochrane* อย่างเป็นทางการ

ทบทวนวิธีการสำหรับปริญาโทของเธอ

ปัจจุบันเธอดำรงตำแหน่งเริ่มต้นปริญาเอกสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์

. ด้วยสิ่งตีพิมพ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า 20

ฉบับในวารสารที่มีชื่อเสียง

เธอได้นำเสนอโปสเตอร์การวิจัยและการกล่าวสุนทรพจน์มากมายในการประชุมทางการ

แพทย์ทั่วไปเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันวิทยาและการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงในบรูคลิน นิวยอร์ก;

ฟิจิ; สตอกโฮล์ม, สวีเดน, คับลิน, ไอร์แลนด์, อัมสเตอร์ดัม, เนเธอร์แลนด์, ลอนดอน,

สหราชอาณาจักร, มาดริด, สเปน; แวนคูเวอร์ แคนาดา; และเทลอาวีฟ อิสราเอล

และโฮมีโอพาธีที่นิวเดลี ประเทศอินเดีย ดิคา อินเดีย และอิสตันบูล ตุรกี

เธอได้รับรางวัล *Certificate of Excellence*

จากโปสเตอร์งานวิจัยของเธอในการประชุม 'การเคลื่อนไหว - สมอง - ร่างกาย -

ความรู้ความเข้าใจ' ที่ โรงเรียนแพทย์ ของ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดประเทศสหรัฐอเมริกา

เธอเป็นที่รู้จักจากการสอน

เธอสอนโฮมีโอพาธีและการวิจัยบนแพลตฟอร์มระดับโลกที่จัดขึ้นที่สหรัฐอเมริกา

เม็กซิโก กรีซ บราซิล ตุรกี ไทย มาเลเซีย อิสราเอล อียิปต์ และอินเดีย

โดยมีผู้ชมจากทั่วโลก