

การรักษาอาการโคม่าหลังผ่าตัดด้วยโฮมีโอพาธี: รายงานผู้ป่วย

จอร์จ วิธูลัส*, Văcăraș V** ***, Kavouras J*, Buzoianu AD****, Mărginean M*** ****, Văcăraș D*****, Cozma S***
*International Academy of Classical Homeopathy, ประเทศกรีซ

**ภาควิชาประสาทวิทยาศาสตร์, "Iuliu Hațieganu" มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์, คลูจ-นาโปกา, โรมาเนีย

***โรงพยาบาลฉุกเฉินประจำเขต คลูจ, คลูจ-นาโปกา, โรมาเนีย

**** ภาควิชาเภสัชวิทยาคลินิก, "Iuliu Hațieganu" มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ คลูจ-นาโปกา, โรมาเนีย

***** ภาควิชาจุลพยาธิวิทยา, "Iuliu Hațieganu" มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ คลูจ-นาโปกา, โรมาเนีย

***** คณะแพทยศาสตร์, "Iuliu Hațieganu" มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ คลูจ-นาโปกา, โรมาเนีย

ติดต่อผู้เขียน: Prof. George Vithoulkas, International

Academy of Classical Homeopathy, Greece, Alonissos

37005, Greece,

โทรศัพท์: +30 24240 65142, แฟกซ์: +30 24240 65147, อีเมล: george@vithoulkas.com

ได้รับเมื่อ: 6 เมษายน 2560 - ยอมรับเมื่อ: 6 มิถุนายน 2560

บทคัดย่อ

ภาวะโคม่าคือภาวะหมดสติที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ระดับความรุนแรงของภาวะโคม่าและอาการที่ตรวจพบจากการตรวจทางคลินิกของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสาเหตุของความผิดปกติ Glasgow Coma Scale

ใช้ประเมินการตอบสนองด้านการเคลื่อนไหว การพูด และการลืมตาของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถือว่าอยู่ในภาวะโคม่าหากคะแนน Glasgow Coma Scale ต่ำกว่า 8

คะแนน ความก้าวหน้าทางการแพทย์ตลอดหลายปีที่ผ่านมาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่หายนะร้ายแรง เช่น การเสียชีวิต สมองเสียชีวิต การเสียชีวิต หรือภาวะโคม่า การศึกษาพบว่าภาวะป่วยร่วมเดิม อายุที่มากขึ้น ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัด และการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด

อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโคม่าหลังผ่าตัด

บทความนี้นำเสนอรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีภาวะโคม่าหลังผ่าตัดซึ่งได้รับการรักษาด้วยโฮมีโอพาธีจนประสบความสำเร็จ

แม้ว่าภาวะโคม่าหลังผ่าตัดจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่หายาก แต่ก็ภาวะที่รุนแรงและถึงแก่ชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีแนวทางแบบสหสาขาวิชาชีพและละเอียดถี่ถ้วน แต่ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างดี

ภาวะนี้ก็อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: โคม่าหลังผ่าตัด, การรักษาด้วยโฮมีโอพาธี, Carbo Vegetabilis, Stanum metallicum, ผู้ป่วยโคม่า

บทนำ

ภาวะโคม่าคือภาวะหมดสติที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า [1].

ระดับความรุนแรงของภาวะโคม่าและอาการที่ตรวจพบจากการตรวจทางคลินิกของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสาเหตุของความผิดปกติ[2].ภาวะโคม่าเกิดจากปัญหาสำคัญสองประการ หนึ่งคือปัญหาทางสัณฐานวิทยา

ซึ่งประกอบด้วยรอยโรคที่ก้านสมองและ/หรือ diencephalon สมองส่วนกลาง(ปฐมภูมิหรือทุติยภูมิจากการกดทับ)หรือรอยโรคที่แพร่กระจายกว้างขวางในสมองซีก;

อีกประการหนึ่งคือปัญหาทางจุลกายวิภาคหรือเมตาบอลิซึม

ซึ่งส่งผลให้การทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนหน้าและระบบกระตุ้นการรับรู้ถูกระงับ[2].การตรวจทางคลินิกของผู้ป่วยโคม่าค่อนข้างจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว แต่สามารถใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) มาตราวัดระดับความรู้สึกดวงกลาโ

ที่ได้รับรับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการจัดระดับภาวะของผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามเวลาได้[3]. GCS

ประเมินการตอบสนองด้านการเคลื่อนไหว

การพูด

และการลืมตาของผู้ป่วย[4].ผู้ป่วยจะถือว่าอยู่ในภาวะโคม่าหากคะแนน GCS ต่ำกว่า 8 คะแนน [5].

ภาวะหมดสติที่รุนแรง ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด

มักเป็นอันตรายถึงชีวิตเนื่องจากเพิ่มภาระให้กับโรคหลักที่เป็นสาเหตุ [6]ดังนั้น

การจัดการผู้ป่วยดังกล่าวจะต้องรวดเร็วและดำเนินการอย่างดียิ่ง โดยคำนึงว่าภาวะของผู้ป่วยโคม่าไม่สามารถพิจารณาได้ว่ามีเสถียรภาพอย่างสมบูรณ์

การจัดการผู้ป่วยโคม่าควรรวมถึงการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนและภาวะหายใจน้อยเกินไปโดยการให้ออกซิเจนหรือแม้แต่การใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยหายใจ รักษาความสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงเลือดออกในกระเพาะอาหารและการหลังกรดในกระเพาะอาหารมากเกินไป

หลีกเลี่ยงภาวะปอดอักเสบจากการสำลักโดยใช้สายยางให้อาหารทางจมูกและท่อช่วยหายใจ

หลีกเลี่ยงภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันโดยใช้เฮปารินโมเลกุลต่ำและอุปกรณ์บีบอัดแบบลมการจัดการจะต้องเป็นรายบุคคลและปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอย่างดี [1,2,7].

ปัจจุบัน

ความก้าวหน้าทางการแพทย์นำมาซึ่งความท้าทายและประโยชน์ใหม่ๆ เทคโนโลยีขั้นสูงช่วยให้การพัฒนาวิธีการผ่าตัดและเทคนิคใหม่ๆ รวมถึงวิธีการใหม่ๆ

ในการทำให้สลับและรักษาสภาวะสลับเพื่อให้สามารถดำเนินการผ่าตัดได้ ความก้าวหน้าเหล่านี้ที่ได้ทำมาตลอดหลายปีที่ผ่านมาจึงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจถึงขั้นเป็นหายนะใหญ่หลวง เช่น การเสียชีวิต

ภาวะสมองเสียหายถาวร หรือภาวะโคม่า[6,8,9].

ความรุนแรงของภาวะโคม่าหลังผ่าตัดเป็นแบบสองทาง:

ด้านหนึ่งคือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

และอีกด้านหนึ่งคือความทุกข์ทรมานของครอบครัวที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์อันเลวร้ายของการเห็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะโคม่า[8].

เนื่องจากภาวะโคม่าหลังผ่าตัดมีผลกระทบต่อทั้งโลกการแพทย์และสังคมโดยทั่วไป

นักวิจัยจึงเริ่มศึกษาเรื่องนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนยิ่งขึ้น

การศึกษาแบบควบคุมกรณีศึกษาได้ดำเนินการโดยกลุ่มนักวิจัยที่ Mayo Clinic โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยทำนายสำหรับภาวะโคม่าหรือภาวะง่วงซึมหลังผ่าตัด

และตรวจสอบคุณค่าของเทคนิคการสร้างภาพทางระบบประสาทในการอธิบายความเสียหายของสมอง พวกเขาได้ข้อสรุปว่าภาวะป่วยร่วมเดิมอายุที่มากขึ้น ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัด และการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด

อาจทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะโคม่าหลังผ่าตัด

ความเสียหายของสมองจากภาวะขาดเลือดที่แพร่กระจายมักได้รับการบันทึกโดยการสร้างภาพทางระบบประสาท

สาเหตุทางเมตาบอลิซึมของภาวะโคม่าไม่พบได้บ่อย [10].

การศึกษาที่ใหญ่ที่สุดเกี่ยวกับภาวะโคม่าหลังผ่าตัดได้วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วย 858,606 ราย วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือเพื่อกำหนดอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของภาวะโคม่าหลังผ่าตัดในประชากรผู้ป่วยจำนวนมาก อุตสาหกรรมของภาวะโคม่าหลังผ่าตัดอยู่ที่ 0.06% การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรเปิดเผยปัจจัยทำนายอิสระดังต่อไปนี้: โรคตับ, การติดเชื้อในระบบ, อายุมากกว่า 63 ปี, โรคไต, การผ่าตัดฉุกเฉิน, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง, โรคทางระบบประสาทเดิม, เบาหวาน ปัจจัยทำนายเหล่านี้ถูกรวมเข้ากับดัชนีความเสี่ยง: อัตราส่วนความเสี่ยงสำหรับภาวะโคม่าหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 2.5 เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่าง เป็น 18.4 เมื่อมีสามอย่าง ภาวะโคม่าเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ 74.2% [11].

เนื่องจากภาวะโคม่าหลังผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ค่อนข้างหายาก แต่ก็เป็อนันตรายถึงชีวิตในกรณีส่วนใหญ่ ครอบครัวและแพทย์จึงเริ่มพิจารณาการบำบัดทางเลือกเพื่อฟื้นคืนคนที่รักและผู้ป่วยของพวกเขาบทความนี้นำเสนอรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีภาวะโคม่าหลังผ่าตัดซึ่งได้รับการรักษาด้วยโฮมิโอพาธีจนประสบความสำเร็จ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงอายุ 81 ปี เข้ารับการรักษาในเดือนกรกฎาคม 2558

ที่แผนกศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลในบูคาเรสต์ เพื่อรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติก

ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูงเล็กน้อย, เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต้องพึ่งอินซูลิน, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ภาวะหัวใจล้มเหลว NYHA 2, ภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบอย่างรุนแรง, ภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วปานกลาง, ภาวะความดันโลหิตสูงในปอดเล็กน้อย, ภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดสองข้างตีบตัน 50% ของหลอดเลือดแดงคาโรติดภายในด้านซ้าย, การผ่าตัดเต้านมข้างขวาครบวงจรสำหรับมะเร็งเต้านม (ในขณะนั้นอยู่ในระยะสงบ)

หลังจากการประเมินและเตรียมการก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดเสร็จสิ้นด้วยการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกด้วย bioprosthesis (Medtronic Hancock II Ultra no. 23) และการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจใหม่โดยใช้การบายพาสหลอดเลือดหัวใจแบบคู่

การฟื้นตัวหลังการผ่าตัดเป็นไปได้อย่างดีในแง่ของโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่ฟื้นคืนสติหลังการให้ยาสลบ โดยยังคงอยู่ในภาวะโคม่าลึก (GCS 7 คะแนน - E1V2M4)

การสแกนสมองด้วย CT ทำขึ้นในวันที่สามหลังการผ่าตัด โดยไม่พบรอยโรคสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในปัจจุบัน สมองฝ่อเล็กน้อยที่กระจาย และหลอดเลือดแดงคาโรติดแข็ง

หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยถูกส่งเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการรักษาด้วยแนวทางแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย inotropic, antiarrhythmic,

และยาขับปัสสาวะ, อินซูลินและยาเบาหวานถูกนำมาใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยใช้ IV line 59

มีการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดโดยใช้เฮปารินโมเลกุลต่ำ

การป้องกันแผลกดทับยังดำเนินการโดยใช้ที่นอนลมระบายแรงดัน

ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันและต้องการการช่วยหายใจด้วยเครื่องจักรเพื่อรักษาระดับออกซิเจน

แม้จะมีความพยายามในการรักษาที่ซับซ้อนและถูกต้องเหล่านี้

ผู้ป่วยไม่ฟื้นคืนสติและยังคงอยู่ในภาวะโคม่าลึกในวันที่สิบสี่หลังการผ่าตัด (GCS 7 คะแนน - E1V2M4) โดยไม่มีคำอธิบายทางการแพทย์ที่ยืนยันได้

ณ จุดนั้น ครอบครัวของผู้ป่วยได้ร้องขอการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านโฮมิโอพาธี

การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีโฮมิโอพาธี ซึ่งดำเนินการในวันที่สิบสี่หลังการผ่าตัด เผยให้เห็นดังนี้: ผู้ป่วยสูงอายุ,

โคมา, สงบ, ผิวน้ำและเย็น, ต้องการเปิดเผยตัวเอง (การเคลื่อนไหวเล็กน้อยที่ทำด้วยมือคือการเอาผ้าห่มและเสื้อผ้อออก รวากับว่าเธอต้องการอากาศมากขึ้น - "กระหายอากาศ"), ท้องอืด และท้องผูก

การประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วนและการวิเคราะห์หา การนำไปสู่การเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสถานการณ์วิกฤตนี้

— ตำรับยา Carbo Vegetabilis.

การรักษาด้วยวิธีโฮมิโอพาธี เริ่มขึ้นในวันเดียวกัน โดยใช้ Carbo Vegetabilis 200CH 7 เม็ด วันละสองครั้ง โดยเจือจางในน้ำ 20 มล. และให้ทางสายยางให้อาหารทางจมูก

การฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นที่น่าทึ่ง

วันรุ่งขึ้นหลังจากเริ่มการรักษา (วันที่สิบห้าหลังการผ่าตัด)

ผู้ป่วยอยู่ในภาวะโคมาตื้น (GCS 11 คะแนน E2V4M5)

และวันรุ่งขึ้นเธอก็ฟื้นคืนสติ Carbo Vegetabilis

ได้รับการบริหารในปริมาณเดียวกันเป็นเวลาห้าวัน

(รวมถึงวันที่สิบเก้าหลังการผ่าตัด)

หลังจากหาววัน

กรณีได้รับการประเมินใหม่จากมุมมองโฮมีโอพาธี
และการประเมินครั้งที่สองเปิดเผยดังนี้:

ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง

(แม้แต่การพูดก็ทำให้เหนื่อยง่าย)

ผิวซีด

อ่อนเพลียอย่างรุนแรงจากการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อย,

รู้สึกอ่อนแรงบริเวณหน้าอก, ขาดพลังงานอย่างมาก, ต้องการ

"อยู่คนเดียว"

เมื่อพิจารณาจากภาวะอ่อนเพลียทั่วไปของผู้ป่วยในขณะนั้น
และการขาดพลังงาน

การรักษาด้วยโฮมีโอพาธีถูกเปลี่ยนเป็นตำรับยาใหม่: *Stantum metallicum* 30CH 7 เม็ด ให้ได้ลิ้นวันละสองครั้งเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์

หลังจากการให้ตำรับยาตัวที่สอง

ภาวะทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมาก: เธอเริ่มกินอาหารได้,

สามารถลุกขึ้นนั่งได้โดยมีการช่วยเหลือเล็กน้อย,

และความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เพื่อดำเนินการรักษาฟื้นฟูระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

ในระหว่างการเข้ารับการรักษาในคลินิกสามสัปดาห์

เธอได้ปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูระบบหัวใจและหลอดเลือดแบบรายบุคคล

ซึ่งทำให้เธอสามารถเดินในระยะทางสั้นๆ

ได้โดยมีการช่วยเหลือน้อยที่สุด

และได้รับการปล่อยตัวจากโรงพยาบาลในเดือนกันยายน 2558(2015)

หลายสัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยฟื้นตัวเกือบทั้งหมด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เธอสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

อภิปรายผล

แนวทางโฮมีโอพาธีแตกต่างจากแนวทางแผนปัจจุบันโดยสิ้นเชิง

หากยาแผนปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะกดอาการใดๆ

การแพทย์โฮมีโอพาธีจะใช้ตำรับยาที่ผลิตอาการเดียวกันในคนที่มีสุขภาพดี

เมื่อให้ตำรับยาแก่ผู้ป่วย

ตำรับยานี้จะกระตุ้นกลไกการป้องกันของระบบร่างกายเอง

ซึ่งจะแข็งแกร่งขึ้นและนำไปสู่การรักษาตนเอง[12,13].

การรักษาขึ้นอยู่กับระดับขั้นสุดของร่างกายเมื่อเกิดอาการ

ป่วยเป็นส่วนใหญ่ หากร่างกายอยู่ในกลุ่ม A และ B (ระดับ 1-6)

สามารถรักษาได้ด้วยการให้ตำรับยาโฮมีโอพาธีที่ถูกต้องหนึ่งถึงสี่ชนิด

ต่อเนื่องกัน หากร่างกายอยู่ในกลุ่ม C และ D (ระดับ 7-12)

โอกาสในการรักษาจะจำกัด ในกรณีเหล่านี้

เราสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้

หรือหากผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม C

ก็สามารถยกระดับสุขภาพและแม้กระทั่งการรักษาได้ด้วยการให้ตำรับ

ยาหลายชนิดที่ถูกต้อง แต่ต้องใช้เวลานานกว่า[14].

อาการที่พิจารณาในกรณีนี้คือภาวะหมดสติ,

ผิวซีด,

ริมฝีปากและปลายนิ้วเขียวคล้ำ,

"กระหายอากาศ"

-

ต้องการเปิดเผยตัวเองแม้ว่าอุณหภูมิร่างกายจะต่ำ,

ท้องอืดตำรับยาที่เลือกคือ

Carbo

vegetabilis

ซึ่งเป็นยาที่รู้จักกันดีว่ามีประโยชน์ในสถานการณ์วิกฤต

โดยมีจุดเริ่มต้นโดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ

[15].

อาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างน่าทึ่ง:

เธอฟื้นคืนสติ

อย่างไรก็ตาม

เธออยู่ในภาวะอ่อนเพลียทางร่างกายอย่างรุนแรงจากการพูด การกิน

หรือการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยภาวะนั้นนำไปสู่การให้ยา

Stantum metallicum

ซึ่งเป็นตำรับยาที่รู้จักกันดีว่ามีประโยชน์ในภาวะอ่อนเพลียทางร่างกาย

อย่างรุนแรง

ซึ่งแม้แต่ความพยายามเพียงเล็กน้อยก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ลง [16,17].

อย่างไรก็ตาม

ในกรณีนี้

เมื่อพิจารณาจากประวัติทางการแพทย์

อายุ

และอาการป่วยหลายอย่างของผู้ป่วย

การแพทย์โฮมีโอพาธีถูกใช้เป็นการรักษาเสริมควบคู่ไปกับการรักษา

แบบแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับ

โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยให้ร่างกายกระตุ้นกลไกการรักษาตนเอง

[12].

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เช่น ภาวะโคม่า และผลกระทบที่ไม่ได้มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้น

แต่ยังรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

เราเชื่อว่ากรณการแพทย์โฮมีโอพาธีควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นทางเลือก

ที่เหมาะสม สำหรับสถานการณ์ประเภทนี้

สรุป

แม้ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่หายาก

แต่ภาวะโคม่าหลังผ่าตัดเป็นภาวะที่รุนแรงและถึงแก่ชีวิต

ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีแนวทางแบบสหสาขาวิชาชีพและ

ละเอียดถี่ถ้วน

แต่ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างดี

ภาวะนี้ก็อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

เราได้นำเสนอรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการ

ป่วยรุนแรงหลายอย่าง

ซึ่งฟื้นตัวจากภาวะโคม่าหลังผ่าตัดที่ยืดเยื้อด้วยความช่วยเหลือของการ

แพทย์โฮมีโอพาธี

เราเชื่อว่ากรณีศึกษานี้ควรนำเสนอแนวคิดใหม่ในการใช้การ

บำบัดเสริม

เช่น

การแพทย์โฮมีโอพาธี

ในการจัดการผู้ป่วยที่ทนทุกข์จากภาวะร้ายแรง

คำขอบคุณ

จอร์จ

วิฑูรย์

และ

Vitalie

Văcăreț

ได้มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันในการเขียนบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Manji H, Connolly S, Dorward N, Kitchen N, Mehta A, Wills A. Oxford Handbook of Neurology. 2007, Oxford, Oxford University Press.
2. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Adams and Victor's Principles of Neurology. 10th edition, 2014, New York, McGraw Hill Education Medical.
3. Szatmari S, Szasz JA. Urgente neurologice. 2007, Targu Mures, FarmaMedia.
4. Longmore M, Wilkinson IB, Davidson EH, Foulkes A, Mafi AR. Oxford Handbook of

- Clinical Medicine. 2010, Oxford, Oxford University Press.
5. Leacche M, Winkelmayer WC, Subroto P et al. Predicting survival in patients requiring renal replacement therapy after cardiac surgery. *Annals of Thoracic Surgery*. 2006; 81:1385–1392.
 6. De Elco FMW. *The Comatose Patient*. 2nd edition, 2014, Oxford, Oxford University Press.
 7. Fauci K, Longo H, Loscalzo J. *Harrison Principles of Internal Medicine*. 19th edition, 2015, New York, McGraw Hill Education Medical.
 8. Sandhu K, Dash HH. Anaesthesia related neurological complications. *NDHU, DASH Indian Journal of Anaesthesia*. 2004.
 9. Posner JB, Saper CB, Schiff ND, Plum F. *Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma*. 4th edition, 2007, Oxford, Oxford University Press.
 10. Gootjes EC, Wijdicks EF, McClelland RL. Postoperative stupor and coma. *Mayo Clinic Proceedings*. 2005 Mar; 80(3):350-4.
[http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61607-8/abstract](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61607-8/abstract).
 11. Newman J, Blake K, Fennema J, Harris D, Shanks A, Avidan MS, Kelz MB, Mashour GA. Incidence, predictors and outcomes of postoperative coma: An observational study of 858606 patients. *European Journal of Anaesthesiology*. 2013 Aug; 30(8):476-82.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23344122>.
 12. The Society of Homeopaths [Internet]. 2015, Northampton, The Society of Homeopaths. <http://www.homeopathy-soh.org/>.
 13. Vithoulkas G, Woensel E. Levels of Health. 2010, Alonissos, International Academy of Classical Homeopathy, 27-38.
 14. Vithoulkas G, Woensel E. Levels of Health. 2010, Alonissos, International Academy of Classical Homeopathy, 38-84.
 15. Vithoulkas G. *Essence of Materia Medica Viva*. Second edition, 1990, New Delhi, B. Jain Publishers, 59-63.
 16. Vithoulkas G. *Essence of Materia Medica Viva*. Second edition, 1990, New Delhi, B. Jain Publishers, 183-186.
 17. Webhomeopath. 2015. http://www.webhomeopath.com/homeopathy/homeopathic-remedies/homeopathy-remedy-Stannum_metallicum.html.