

# ทฤษฎีระดับขั้นสุขภาพพร้อมตัวอย่างกรณีข้ออักเสบ รูมาตอยด์ในเด็กและวัยรุ่น

วารสารการแพทย์เชิงบูรณาการตามหลักฐาน  
น  
เล่ม 23: 1-7  
ผู้เขียน 2018

ติมิทรี ซาบานอฟ<sup>1</sup>, โอนิซิส ซินต์ซาส<sup>2</sup>, และ จอร์จ วิธูคส์<sup>3</sup>

การพิมพ์ซ้ำและอนุญาต:

sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/2515690X18777995  
journals.sagepub.com/home/cam



## บทคัดย่อ

### วัตถุประสงค์

การแพทย์แผนปัจจุบันมีความต้องการอย่างมากในการจำแนกกลุ่มสุขภาพของผู้ป่วยใหม่

ซึ่งอาจเป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินทางพยาธิวิทยาในเชิงลึก การพัฒนาและการพยากรณ์โรค และความเป็นไปได้ในการรักษา เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ของปฏิกิริยาของระบบร่างกายต่อกระบวนการรักษา

การจำแนกประเภทนี้เป็นไปได้หากตั้งอยู่บนแนวทางแบบองค์รวมในระดับการประเมินสุขภาพจากมุมมองของความไวปฏิกิริยาและความต้านทานของระบบร่างกาย การจำแนกประเภทดังกล่าวซึ่งกำหนด 12 ระดับและ 4 กลุ่มสุขภาพมีอยู่ในโฮมิโอพาธีแวนดั้งเดิม *กระบวนการ*

กระบวนการใหม่ในการกำหนดกลุ่มและระดับขั้นสุขภาพแสดงให้เห็นในกรณีของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเด็กและวัยรุ่นในรูปแบบทั่วไปในเด็กหญิงอายุ 11

ปีที่ได้รับการรักษาด้วยโฮมิโอพาธีแวนดั้งเดิม การติดตามกรณีศึกษา 18 ปี *บทสรุป*

วิธีการนี้ช่วยให้แพทย์สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกายโดยรวมในระหว่างการพัฒนาทางพยาธิวิทยา

## คำหลัก

โรคข้ออักเสบเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุในเด็กและวัยรุ่น, โฮมิโอพาธี, ทฤษฎีระดับขั้นสุขภาพ

ได้รับบทความ 6 เมษายน 2018 ยอมรับให้ตีพิมพ์ 26 เมษายน 2018.

ในทางการแพทย์มีการจำแนกประเภทสุขภาพต่างๆ มากมาย  
อย่างไรก็ตาม

ไม่มีประเภทใดเลยที่สามารถประเมินความรุนแรงและความรุนแรงของ  
พยาธิสภาพของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การจำแนกประเภทเหล่านี้ไม่ได้มีประโยชน์ในการพยากรณ์การพัฒน  
าของโรคในระยะยาว

และไม่ได้มีประโยชน์ในการทำนายประสิทธิผลของการรักษา  
ด้วยเหตุผลเหล่านี้

จึงมีความจำเป็นมากขึ้นสำหรับการใช้ตัววัดเบื้องต้นใหม่ๆ  
การใช้ตัววัดเหล่านี้ไม่ควรอธิบายเฉพาะพยาธิสภาพที่แยกจากกันเท่านั้น

แต่ยังรวมถึงสถานะที่สอดคล้องกันของระบบร่างกายด้วยซึ่งก็คือความ  
ไวปฏิกิริยาตอบสนองและความต้านทานโดยทั่วไป

งานวิจัยเรื่องความไวปฏิกิริยาทั่วไปและการต้านทานได้มีการดำเนิน  
การอย่างมากมายในรัสเซียในช่วงทศวรรษปี 1950.<sup>1-4</sup>

ตามที่ศาสตราจารย์ ซีโรตินิน ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการยอมรับในด้านนี้  
ระบุว่า ความต้านทาน (จากภาษาละตินคำว่า resisto แปลว่า ต้านทาน  
ทนทาน) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของระบบร่างกาย

ช่วยให้ระบบร่างกายต้านทานผลกระทบต่างๆ ได้ คำศัพท์อื่นๆ ได้แก่  
“ความทนทาน” หรือ “ความไม่ยอมรับ” การศึกษาของเขาเรื่อง  
“วิวัฒนาการของความต้านทานและการตอบสนอง”

ได้กล่าวถึงแนวคิดเรื่องความต้านทาน  
ซึ่งครอบคลุมกลไกความต้านทานที่หลากหลายนอกเหนือไปจากภู  
มคุ้มกัน ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความต้านทาน.<sup>4</sup>

การศึกษาวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของปฏิกิริยาอักเสบ โดยมีปฏิกิริยาความไวตอบสนองลดลงและปฏิกิริยากลายเป็นเรื้อรังแทนที่จะเป็นเฉียบพลัน โรคติดเชื้อพัฒนาขึ้นในลักษณะที่กระจัดกระจายและขั้นตอนของกระบวนการอักเสบทั้งหมดจะชัดเจนน้อยลง โดยปอดบวมจะไม่แสดงอาการใดๆ<sup>4</sup>

## ทฤษฎีระดับขั้นสุขภาพ

ตามหลักโฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิมสมัยใหม่ มีสุขภาพ 4 กลุ่ม (12 ระดับ)<sup>6,7</sup>

บทบาทหลักในกระบวนการนี้เป็นของระบบประสาทส่วนกลางและระบบต่อมไร้ท่อ-ต่อมหมวกไต

ปฏิกิริยาทั่วไปคือความสามารถในการตอบสนองต่อผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมในลักษณะหนึ่ง กล่าวอีกนัยหนึ่ง

ความต้านทานคือการวัดความแข็งแรงขั้นสุดท้ายของภาวะธำรงดุลโดยปฏิกิริยาคือกลไกทั้งหมดที่ช่วยรักษาภาวะธำรงดุล<sup>1,3,4</sup>

เครื่องมือหลักในการตอบสนองของระบบร่างกายคือทั้งการอักเสบและไซโตไคน์<sup>5</sup>

กลุ่ม A ประกอบด้วยผู้ที่มีความไวปฏิกิริยาตอบสนองสูงและมีความต้านทานของร่างกายที่แข็งแกร่งที่สุด โรคเรื้อรังในกลุ่มนี้เป็นโรคที่ไม่รุนแรง มีขงหายจากโรคที่ยาวนาน โรคเฉียบพลันเกิดขึ้นได้น้อย โดยลักษณะของอาการของโรคจะรุนแรง มีไข้สูงร่วมด้วย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่ม B ความต้านทานจะลดลงในขณะที่การตอบสนองของร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีโรคเรื้อรังที่รุนแรงกว่า โดยมีอาการเฉียบพลันบ่อยครั้งขึ้น ตามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษา

<sup>1</sup> โนวาซีบีสต์ ศูนย์โฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิม, โนวาซีบีสต์, รัสเซีย

<sup>2</sup> โรงพยาบาลทั่วไป เอโทเลีย-อคาร์นาเนีย, อากรีเนียน, กรีซ

<sup>3</sup> มหาวิทยาลัยอีเจียน, ซีรอส, กรีซ

ชื่อหลัก:

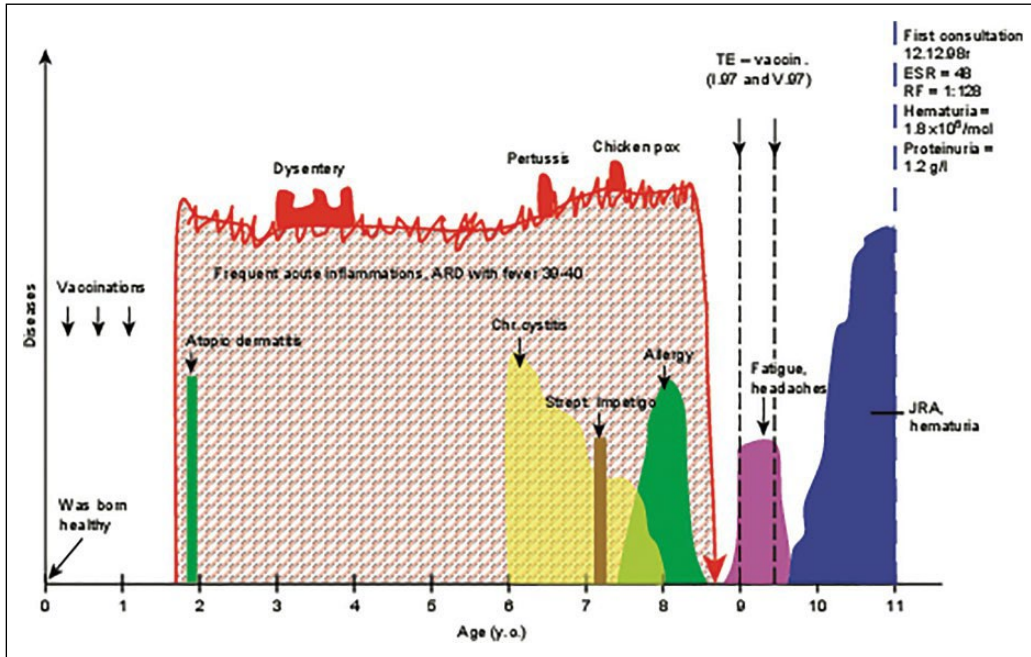
ไดโอนิซอส ชินต์ซาส, Kolovou โคโลโวล 5,

อากรีเนียน 30500, กรีซ. อีเมล: dentsin@hotmail.com



ใบอนุญาตครีเอทีฟคอมมอนส์แบบไม่สงวนลิขสิทธิ์ CC BY-NC: บทความนี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของใบอนุญาตครีเอทีฟคอมมอนส์แบบไม่สงวนลิขสิทธิ์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้นำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ ทำซ้ำ และจำหน่ายผลงานได้โดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับต้องแสดงตามที่ระบุไว้ในวารสารวิชาการขนาด SAGE ที่เข้าถึงได้แบบเปิด และได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).





ภาพที่ 1 พัฒนาการของโรค

กลุ่ม B ระดับที่ 6 สามารถยกตัวอย่างได้ เช่น ปอดบวมเฉียบพลันหรือไตอักเสบเฉียบพลันซึ่งเกิดขึ้นหลายครั้งต่อปี อย่างไรก็ตาม เมื่อเริ่มเข้ากลุ่ม C ระดับที่ 7 ขึ้นไป เราอาจสังเกตเห็นภาวะที่แตกต่างไปของระบบร่างกายจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

โรคเรื้อรังหลายอย่างเกิดขึ้นในขณะที่การตอบสนองลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยไม่เป็นหวัดธรรมดา ใช้หวัดใหญ่ โรคหุ้หน้าหนาว เป็นต้น หรือโรคที่มักเกิดขึ้นเฉียบพลันมีลักษณะที่ไม่ชัดเจนและไม่มีไข้ ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม D คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีการรักษาที่มีแนวโน้มไม่ดี และมีอายุขัยสั้นที่สุด

การจำแนกประเภทดังกล่าวช่วยให้สามารถประเมินความรุนแรงของพยาธิวิทยาได้ลึกซึ้งขึ้น

ทำให้สามารถพยากรณ์โรคได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้นสำหรับความเป็นไปได้ในการรักษาและปฏิกริยาของระบบร่างกาย ในระหว่างกระบวนการรักษา ดังนั้น การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หอบหืด มะเร็ง หรือโรคอื่นๆ จะแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงระหว่างกลุ่ม B และ C การรักษาที่ล้มเหลว รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดกลับ การแพร่กระจาย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ มีแนวโน้มสูงกว่ามากในกลุ่ม C เมื่อเทียบกับกลุ่ม A และ B

กรณีของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเด็ก (JRA) ที่หายแล้วได้รับการอธิบาย ซึ่งเป็นตัวอย่างของแนวคิดดังกล่าว

### การนำเสนอผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเด็กหญิงอายุ 11 ปี รูปร่างผอม สูง ผมนบลอนด์ อาศัยอยู่ในเมืองทอมสค์ เธอมาพบแพทย์ครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2541(1998)

หลังจากสังเกตอาการและรักษาแล้วเข้าเส้าในแผนกผู้ป่วยในเฉพาะทางของ RCH (โรงพยาบาลเด็กประจำภูมิภาค) ในเมืองทอมสค์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเด็ก

เป็นโรคข้ออักเสบที่ข้อและอวัยวะภายใน มีอาการรุนแรงมาก ตรวจพบเชื้อและมีอาการเดินเร็ว

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งล่าสุดเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2541 ในระหว่างการสัมภาษณ์ครั้งแรก

ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาการบวม ปวด และข้อแข็งหลายข้อ โดยเฉพาะข้อกระดูกฝ่ามือและกระดูกนิ้วโป้ง ข้อมือ ข้อเท้า ข้อศอก และข้อเข่า ความเจ็บปวดสร้างความรำคาญให้เธอตลอดเวลา และจะรุนแรงขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว และอาการคงอยู่ต่อไปเมื่อนั่งพัก อาการตึงขัดจะเพิ่มขึ้นในช่วงเช้าและลดลงในขณะที่เคลื่อนไหว ข้อต่อบวมและผิดรูปอย่างเห็นได้ชัด

ช่วงกว้างของการเคลื่อนไหวถูกจำกัดอย่างมีนัยสำคัญ (โดยเฉพาะข้อศอกและเข่า) อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (ESR) เพิ่มขึ้นเป็น 48 มม./ชม. ปัจจัยรูมาตอยด์(RF) เพิ่มขึ้นเป็น 1:128 (ค่าปกติ 1:20) โปรตีนในปัสสาวะอยู่ที่ 0.2 ถึง -1.2 กรัม/ลิตร และเลือดในปัสสาวะสูงถึง 1,800,000 มิลลิลิตร/ลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งค่าตัวหลังนี้บ่งชี้ว่าไตมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ด้วยการอักเสบของภูมิคุ้มกันและเยื่อปิวไต ได้รับผลกระทบ

ไม่พบเซลล์ภูมิคุ้มกันต้านทานทำร้ายตนเอง Lupus Erythymatosus

### ประวัติผู้ป่วย

จากประวัติทางการแพทย์ทั่วไป ไม่พบพยาธิสภาพของข้อต่อ ตามประวัติส่วนตัว เด็กหญิงเกิดมาแข็งแรงดีจากพ่อแม่ที่แข็งแรง เธอได้รับนมแม่เป็นเวลา 12 เดือน

การเจริญเติบโตและพัฒนาการอยู่ในช่วงปกติ โดยฉีควัคซีนตามกำหนด (รูปที่ 1) เมื่ออายุได้ 18 เดือน ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARIs) ซ้ำๆ (3-4 ครั้งต่อปี) และยาวนาน โดยมีไข้สูงถึง 39°C และได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะซ้ำๆ เมื่ออายุได้ 20 เดือน

ผู้ป่วยมีอาการชักในวัยทารก (ใบหน้า แขน และลำตัวได้รับผลกระทบ)

ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาแก้แพ้และซีฟิงเมื่ออายุได้ 3 ขวบ  
เธอต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน  
โดยครั้งแรกเข้ารับการรักษาเนื่องจากโรคบิดเฉียบพลัน

และครั้งที่สองเข้ารับการรักษาเนื่องจากโรคบิด  
ซึ่งเธอได้รับยาปฏิชีวนะฆ่าแล้วฆ่าเส่า เมื่ออายุได้ 4-5 ขวบ

ผู้ป่วยยังคงมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันบ่อยครั้ง โดยมีไข้สูงถึง 39°C  
เมื่ออายุได้ 6 ขวบ ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ  
โดยมีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะและปัสสาวะมีเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น  
และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กพร้อมกับยาปฏิชีวนะอีกครั้ง  
โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้พัฒนาเป็นรูปแบบเรื้อรัง

โดยมีอาการกำเริบซ้ำๆ ปวดแสบปวดร้อน

และปัสสาวะมีเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 8 ขวบ

ซึ่งต้องรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ  
อาการแพ้หลายอย่างตามมา ได้แก่

ปากเปื่อยสลับกับผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ ผื่นแพ้เกสรดอกไม้  
ช่องคลอดอักเสบจากภูมิแพ้

และอาการภูมิแพ้ทางเดินหายใจร่วมกับอาการไอเรื้อรัง เมื่ออายุได้ 6 ปีครึ่ง  
ผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นโรคไอกรน

(ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

ผู้ป่วยยังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นโรคไอกรน  
นอกจากนี้ ยังพบโรคพยาธิตัวกลมในโรงพยาบาลด้วย

จึงได้รับการรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิ เมื่ออายุได้ 7 ปี

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเริ่มจากเชื้อสเตรปโตค็อกคัส

และได้รับการรักษาทางผิวหนัง เมื่ออายุได้ 7 ปีครึ่ง

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสฮิสทอรีส จนกระทั่งอายุได้ 9 ปี

ผู้ป่วยมีอาการทางเดินหายใจเฉียบพลัน ARI's ต่อมาทอนซิลอักเสบ  
และหูชั้นกลางอักเสบบ่อยครั้ง และได้รับยาปฏิชีวนะฆ่าแล้วฆ่าเส่า

ใช้ครั้งล่าสุดเกิดขึ้นเมื่ออายุได้ประมาณ 9 ปี

ในวัยเดียวกัน (มกราคม 1997) ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสมองอักเสบจากเห็บ หลังจากนั้นเธอเริ่มมีอาการปวดศีรษะบ่อย และเหนื่อยล้าอย่างรวดเร็ว (อาการปวดศีรษะทำให้เธอไม่สามารถไปเรียนวิชาพลศึกษาที่โรงเรียนได้) เนื่องจากปัญหาเหล่านี้ ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาโดยแพทย์ระบบประสาท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกะโหลกศีรษะในเดือนสิงหาคม 1997 เมื่ออายุได้ 9 ปี 9 เดือน อาการหลักที่เกิดขึ้นคือโรคข้ออักเสบเรื้อรังที่ข้อใหญ่และข้อเล็ก (ไม่นานก่อนที่จะเริ่มเกิดโรค) ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสมองอักเสบจากเห็บอีกครั้งในเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 1997 เด็กหญิงเข้ารับการรักษาอาการทางการแพทย์และเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเด็กที่ดีที่สุดในเมืองทอมสค ESR เพิ่มขึ้นเป็น 52 มม./ชม. และ RF อยู่ที่ 1:64 โดยปัสสาวะเป็นเลือดมีค่า 20,000 มิลลิกรัม/ชม.3 แล้วในตอนแรก เธอได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบจากเชื้อคลามิเดีย โรคหนองในเทียมแบบตอบสนอง (จากผลการตรวจหาแอนติบอดี IgM ที่ 1:200 และผลการตรวจการเก็บตัวอย่างจากช่องคลอดด้วยเทคนิคปฏิกิริยาอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ pm ที่เป็นบวก) การวินิจฉัยจึงเปลี่ยนไปเป็นโรคข้ออักเสบชนิดตอบสนอง Reiter โดยพิจารณาจากโรคหนองในเทียมคลามิเดียและอาการกำเริบของโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (รวมถึงอะซิโทรัมัยซิน) และยาต้านไวรัสในระยะยาว เธอได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เป็นการรักษาในระยะยาว อย่างไรก็ตาม โรคนี้ยังคงลุกลามขึ้นเรื่อยๆ ตลอดปี เด็กหญิงต้องออกจากโรงเรียนและขาดเรียนทั้งปีการศึกษา ในช่วงฤดูร้อนและฤดูใบไม้ร่วงของปี 1998 เธอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล RCH ของเมือง ทอมสค ถึงสองครั้ง ที่นั่น เธอได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น JRA และได้รับซัลฟาซาลาซีนโดยไม่มีผลใดๆ อาการปวดเพิ่มมากขึ้น โดยค่าไทเตอร์ RF เพิ่มขึ้นเป็น 1:128 และเลือดในปัสสาวะเพิ่มขึ้นเป็น 400,000 ถึง 1,800,000 มล./ชม.3 ตั้งแต่เดือนสิงหาคมปี 1998 เธอได้รับ Rhus-tox (พลังยาที่ 12, 30, 200), Phosphorus, Calc-carb, Chin-ars และ Merc-dulc ในความแรงยาที่แตกต่างกัน และตำรับยาโฮมีโอพาธีแบบผสมบางชนิดโดยไม่มีผลใดๆ

## อาการอื่นๆ

ตามคำบอกเล่าของแม่ของผู้ป่วย เด็กหญิงเป็นผู้ป่วยที่สุขภาพดี มีพฤติกรรมดี และเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมาก ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540(1997) ไม่นานก่อนที่โรคหลักจะลุกลาม เธอรู้สึกเป็นห่วงแม่ของเธอมาก ซึ่งถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลเนื่องจากกระดูกซี่โครงหัก เด็กหญิงกลัวสุนัขและพายุนฟ้าคะนอง และกลัวว่าคนที่เธอรักอาจจะเกิดอะไรขึ้น เธอชอบอาหารรมควัน อาหารรสเผ็ด และนม เธอนอนไม่หลับกระสับกระส่ายเพราะปวดข้อ เธอเปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ ขณะนอนหลับ จนกระทั่งอายุ 6 ขวบ

เธอกัดฟันขณะนอนหลับ และมีอาการเดินละเมอ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจไม่อยู่ (รูปทรงอวัยวะปกติ) และปัสสาวะรดที่นอนในระหว่างวัน (ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นก่อนอายุ 6 ขวบ)

## วิเคราะห์เคสทางการแพทย์

เด็กหญิงเกิดมามีสุขภาพแข็งแรงและมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ดี จนกระทั่งอายุได้ 18 เดือน เธอไม่เคยป่วยเลย และมีแนวโน้มสูงว่าอยู่ในกลุ่ม A ตามมาตรฐานระดับสุขภาพ (รูปที่ 2) ต่อมา ปฏิกิริยาของร่างกายของเธอเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเด็กหญิงป่วยบ่อย จึงดูเหมือนว่าเธออยู่ในกลุ่ม B (ระดับที่ 4) ทั้งนี้

ควรกล่าวถึงว่าไม่มีการค้นพบปัจจัยที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลต่อร่างกายของเธอในช่วงจนถึงอายุ 18 เดือน โดยมีเหตุผล เราสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญเพียงอย่างเดียวที่ส่งผลต่อระบบป้องกันของร่างกายโดยรวมคือการฉีดวัคซีน (โดยคำนึงถึงความไม่เอียงและความไวของสิ่งมีชีวิตที่เกี่ยวข้อง)

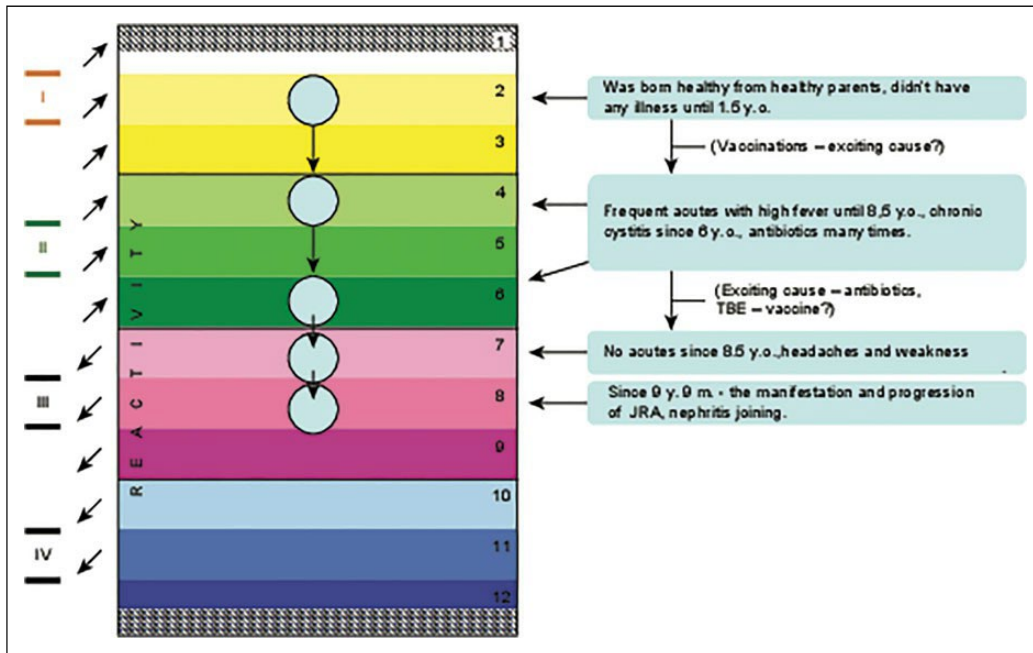
เมื่ออายุครบ 18 เดือน ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่รบกวนกลไกการป้องกันตนเอง รวมถึงระบบภูมิคุ้มกัน คือ การรักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันARI ที่ไม่ดีพอ โดยเฉพาะการจ่ายยาปฏิชีวนะและยาลดไข้ซ้ำๆ

เนื่องมาจากปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวข้างต้น ปฏิกิริยาโดยรวมของระบบร่างกายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และจนกระทั่งอายุ 6 ขวบ เด็กหญิงคนนี้ก็ยังมีเพียงกระบวนการอักเสบเฉียบพลันแบบต่างๆ บ่อยครั้ง โดยมีไข้สูง

ประวัติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าระบบป้องกันร่างกายทำงานได้ดี ไม่ยอมให้เกิดโรคเรื้อรังขึ้น ในทางกลับกัน

ระดับสุขภาพของผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับที่ 4 ลงมาที่ระดับที่ 5 และ 6 ตั้งแต่อายุ 6 ขวบ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้งพร้อมกับรับประทานยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงอยู่ในกลุ่ม B จนถึงอายุ 8.5 ถึง 9 ปี หลังจากนั้น แม้จะมีอาการแย่งลงทั่วไป (ปวดหัว อ่อนเพลีย ไม่สามารถออกกำลังกายได้

แต่เด็กหญิงก็ไม่มีไข้สูงและอาการป่วยเฉียบพลันอีกต่อไป ในช่วงเวลานี้เองที่ร่างกายของเธอเข้าสู่กลุ่ม C (ระดับที่ 7) ปัจจัยเพิ่มเติมที่ทำให้เกิดการรบกวนระบบภูมิคุ้มกันนั้นน่าจะมาจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสมองอักเสบจากเห็บ ซึ่งอาจเป็น “ฟางเส้นสุดท้าย” สำหรับระบบร่างกายที่ได้รับผลกระทบอยู่แล้ว ดังนั้น การแสดงออกถึงพยาธิสภาพเสื่อมลงอย่างรุนแรงในวัย 9 ปี 9 เดือนนั้น แท้จริงแล้วถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงเวลาที่การตอบสนองของระบบร่างกายถูกกดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างกะทันหันและสุขภาพทรุดโทรมลงในเวลาต่อมา (กลุ่ม C)



ภาพที่ 2 พลวัตด้านสุขภาพโดยทั่วไป (อายุ 0-11 ปี)

**การพยากรณ์โรค**

ในกรณีนี้รักษาผู้ป่วยกลุ่ม C อย่างถูกต้อง การพยากรณ์โรคคือการฟื้นฟูในระยะยาว ซึ่งอาจกินเวลาตั้งแต่ 4 ถึง 6 เดือน ไปจนถึงหลายปี ในระหว่างการรักษา อาจจำเป็นต้องใช้ตำรับยาโฮมีโอพาธีหลายๆ ตัวติดต่อกัน ในระหว่างกระบวนการฟื้นฟู เราคาดว่าจะเกิดปฏิกิริยาขึ้น นั่นคือขอบเขตของพยาธิสภาพที่ถูกกดไว้ด้วยการรักษาก่อนหน้านี้จะไม่เหมาะสม (การกดอาการ) นอกจากนี้ ยังคาดว่าจะมีการฟื้นฟูความสามารถของระบบร่างกายในการสร้างอาการอักเสบเฉียบพลันและใช้สูง การกำเริบเริ่มต้นของกลุ่มอาการข้อและไตนั้นไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากไม่มีผลจากเคมีบำบัด และภาพทางคลินิกที่สมบูรณ์ของโรคจะปรากฏให้เห็นในช่วงเริ่มต้นของการรักษา

**การสั่งจ่ายตำรับยา** (12 ธันวาคม 1998)

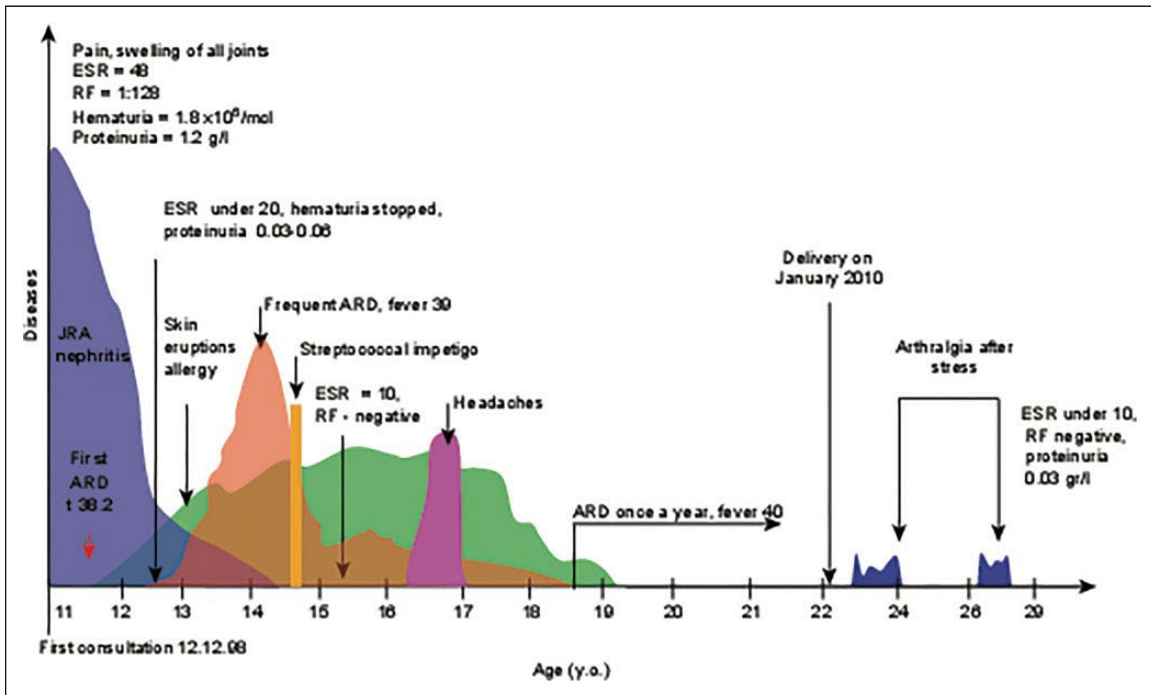
Causticum LMVI (ละลายยา 10 เม็ดในน้ำ 250 มล. รับประทานวันละ 1 ช้อนชา ก่อนอาหารตอนเช้า) ได้รับการกำหนดให้ใช้เพื่อลดอาการอักเสบของยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และบรรเทาอาการ Causticum ได้รับการคัดเลือกโดยอาศัยหลักการความคล้ายคลึง (similia) เนื่องจากยานี้ทำให้เกิดอาการข้ออักเสบร่วมกับอาการกระสับกระส่าย ไขข้ออักเสบ มีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างรุนแรง ความกลัวว่าจะมีบางอย่างเกิดขึ้นกับคนที่รัก ความกลัวสุนัขและพายุฝนฟ้าคะนอง และความอยากอาหารรบกวน จึงตัดสินใจเริ่มด้วยพลังยาที่มีฤทธิ์อ่อน เนื่องจากอาการทางพยาธิวิทยารุนแรงและระดับสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ

**การติดตามผลรักษา**

กรณีศึกษาติดตามผลมานานถึง 18 ปี หญิงสาวคนนี้เป็นพบแพทย์ 32 ครั้งตลอด 18 ปีที่ผ่านมา และเธอยังคงได้รับการรักษาอยู่ตลอดระยะเวลาการรักษา 18 ปี เธอได้รับ Causticum ด้วยพลังยาที่แตกต่างกัน และเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ เธอได้พลังยาที่แตกต่างกันของตำรับยาโฮมีโอพาธีอีก 2 ตำรับหมุนเวียนกันไป—Natrium muriaticum และ Tuberculinum พลวัตของกระบวนการฟื้นตัวพร้อมประวัติการติดตามผลจะแสดงในรูปแบบกระชับในภาพที่ 3 แกนนอนแสดงอายุของผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 11 ปี อายุที่เริ่มการรักษา จนถึงอายุ 29 ปี ในการรักษา แม้จะหลีกเลี่ยงยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์โดยสิ้นเชิง อาการปวดและบวมของข้อต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 2 สัปดาห์แรกโดยไม่มีอาการกำเริบหลักเกิดขึ้นแต่อย่างใด แม้ว่า การฟื้นตัวเพิ่มเติมจะค่อยๆ ดำเนินต่อไปในช่วงหลายปีก็ตาม หนึ่งปีหลังจากเริ่มการรักษา การประเมินการหายขาดของกลุ่มอาการข้อได้รับการประเมินประมาณ 80% ถึง 90%; ผู้ป่วยก็สามารถเข้าร่วมชั้นเรียนกับเพื่อนร่วมชั้นของเธอได้ อย่างไรก็ตาม อาการเจ็บป่วยของข้อต่างๆ ก็หายไปหมดภายใน 3 ปีนับจากเริ่มการรักษา อย่างไรก็ตาม การเสีรูปของข้อซึ่งแสดงเป็น “ความบวม” ของข้อต่อนิ้วบางส่วน ยังคงอยู่จนถึงปีที่ 5 และของนิ้วเท้าจนถึงปีที่ 7 ของการรักษา ในขณะที่ขนาดรองเท้าลดลงจาก 40 เหลือ 38 ในเวลาเดียวกัน ไม่พบความเจ็บปวดหรือความตึงตึง ตั้งแต่ปีที่ 8 ของการรักษา ข้อต่อทั้งหมดก็ปรากฏเป็นปกติแล้ว ตลอดระยะเวลา 1.5 ปีของการรักษา ESR ลดลงอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่เคยสูงกว่า 20 มม./ชม. แม้ว่า จะกลายเป็นเรื่องปกติอย่างเต็มที่ เฉพาะในช่วงปีที่สี่ของการรักษาเท่านั้น ภาวะโลหิตจางหายไปหมดเมื่อรักษาเป็นเวลา 1.5 ปี

โปรตีนในปัสสาวะลดลงในเวลานั้นเป็น 0.03 ถึง 0.06 กรัม/ลิตร  
และอัตราคงที่ แม้ว่าในช่วง ARI ที่มีไข้สูง บางครั้งโปรตีนจะเพิ่มขึ้นถึง 0.9  
ถึง 1.0 กรัม/ลิตร  
บ่งชี้ถึงความเสียหายอย่างต่อเนื่องและต่อเนื่องของเยื่อผิวในโกลเมอ  
รูไลบางส่วน RF กลายเป็นลบหลังจากการรักษาเป็นเวลา 4 ปี  
และไม่เคยเพิ่มขึ้นเกินกว่าปกติ





ภาพที่ 3 ความคืบหน้าของการรักษา

ผู้ป่วยตั้งครกเมื่ออายุ 21 ปี การตั้งครกดำเนินไปโดยไม่มียาอิสสภาพใดๆ การตรวจปัสสาวะทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ปกติ และแทบไม่มีอาการกำเริบขึ้นของโรคข้อเลย เธอคลอดบุตรทางช่องคลอด (ตอนนี้เด็กชายอายุ 6 ขวบและมีสุขภาพดีแล้ว) ต่อมาท่ามกลางความเครียดหลายประการ (การหย่าร้าง ความจำเป็นต้องหาเงินด้วยตัวเองในปี 2554 (2011) การเสียชีวิตของแม่ในปี 2557(2014) มีอาการดำเนินของโรคเป็นๆหายๆ ของโรคข้อ อาการกำเริบเป็นๆหายๆ เหล่านี้แสดงไว้ในภาพที่ 3 ว่าเป็นจุดสูงสุดของเส้นโค้งสีน้ำเงินซึ่งสอดคล้องกับอายุ 24 และ 27 ปี อาการกำเริบเป็นๆหายๆ เหล่านี้เกิดขึ้นจากอาการปวดข้อในข้อต่อต่างๆ (โดยไม่มีอาการบวมเด่นชัด); ในเวลาเดียวกัน RF อยู่ในช่วงปกติ และ ESR ไม่ได้เพิ่มขึ้นสูงกว่า 16 มม./ชม. แม้จะมีความเครียดทั้งหมด แต่สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยยังคงเป็นที่น่าพอใจเป็นเวลาหลายปีของการสังเกต และเธอยังคงศึกษาต่อและทำงานต่อไป

ควรสังเกตว่าการฟื้นตัวของความไวปฏิกิริยาของระบบร่างกายกับพื้นหลังของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในเด็ก JRA ที่ดีขึ้น ซึ่งได้รับการพิสูจน์หลังจากการรักษา 5 เดือน (ส่วนสีแดงของภาพที่ 3) โดยการปรากฏของ ARI ด้วยไข้ 38.2°C (เป็นครั้งแรก ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา เพราะในขณะที่ป่วยด้วย JRA รุนแรง ผู้ป่วยไม่มีการพัฒนา ARI หรืออุณหภูมิเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด)

ต่อมาในช่วงปีที่สองและสามของการรักษา ARI เกิดขึ้นถึง 3 ถึง 4 ครั้งต่อปี โดยมีไข้ 39°C (แต่อาการของโรคข้ออักเสบจะไม่แย่ง) ต่อมา ARI มีความถี่น้อยลง ปีละครั้งหรือน้อยกว่านั้นโดยเฉลี่ย แต่ไข้จะเพิ่มขึ้นสูงถึง 39°C ถึง 40°C บ่งชี้ว่าระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูง ตลอดระยะเวลาการสังเกตเป็นเวลา 17 ปี

ผู้ป่วยไม่เคยรับประทานยาปฏิชีวนะเลย นอกจากนี้ในช่วง 6 ปีแรกของการรักษายังมีการเกิดผื่นผิวหนังต่างๆเกิดขึ้นอีกด้วย

ผื่นและเยื่อเมือก (ส่วนสีเขียวของภาพที่ 3) ในช่วงเดือนที่ห้าของการรักษาผื่นอักเสบที่มีอาการคันและแสบร้อนปรากฏบนฝ่ามือ การเกิดผื่นผิวหนังยังคงอยู่เป็นเวลา 10 วัน จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็นการลอกของผิวหนังออกมา ต่อมาเกิดผื่นผิวหนังที่คล้ายกันเกิดขึ้นที่ฝ่าเท้า จากนั้นจึงเกิดบริเวณหน้าอกและคอ และการเกิดผื่นผิวหนังเหล่านี้ยังคงปรากฏต่อไปอีก 5 ถึง 6 ปี ในช่วงเวลา 6 ถึง 12 เดือน ในเวลาเดียวกันเริ่มตั้งแต่เดือนที่ 5 ของการรักษา

หูดจำนวนมากปรากฏที่ด้านหลังมือขวาและยังคงอยู่ตรงนั้นเป็นเวลา 1.5 ปี แล้วหายไปเอง หลังจากรักษาไป 3 ปี โรคพองของสเตรปโทคอกคัสก็กลับมาปรากฏอีกครั้งที่แขนและสะโพกซึ่งเกิดขึ้นเมื่ออายุได้ 7 ปีก่อนที่จะเกิด JRA เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อายุ 7 ขวบที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะโดยแพทย์ผิวหนัง เชื้อสเตรปโทคอกคัสในปัจจุบันจะหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ ในช่วงปีที่ 6 ของการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหัวเป็นระยะๆ ซึ่งคล้ายกับอาการปวดศีรษะที่เธอได้รับก่อนจะมีอาการของ JRA.

วิจารณ์ผล

ตามคำกล่าวของริชคัส มนุษย์ทุกคนได้รับผลกระทบจากโรคต่างๆ ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเชื่อมโยงกันตลอดชีวิตใน “ความต่อเนื่องของโรคต่างๆที่รวมเป็นหนึ่งเดียวกัน”

ซึ่งนำไปสู่ภาวะโรคขั้นสุดท้ายที่เป็นจุดจบปลายของชีวิต<sup>8</sup> ด้วยเหตุนี้

ในระหว่างการรักษา

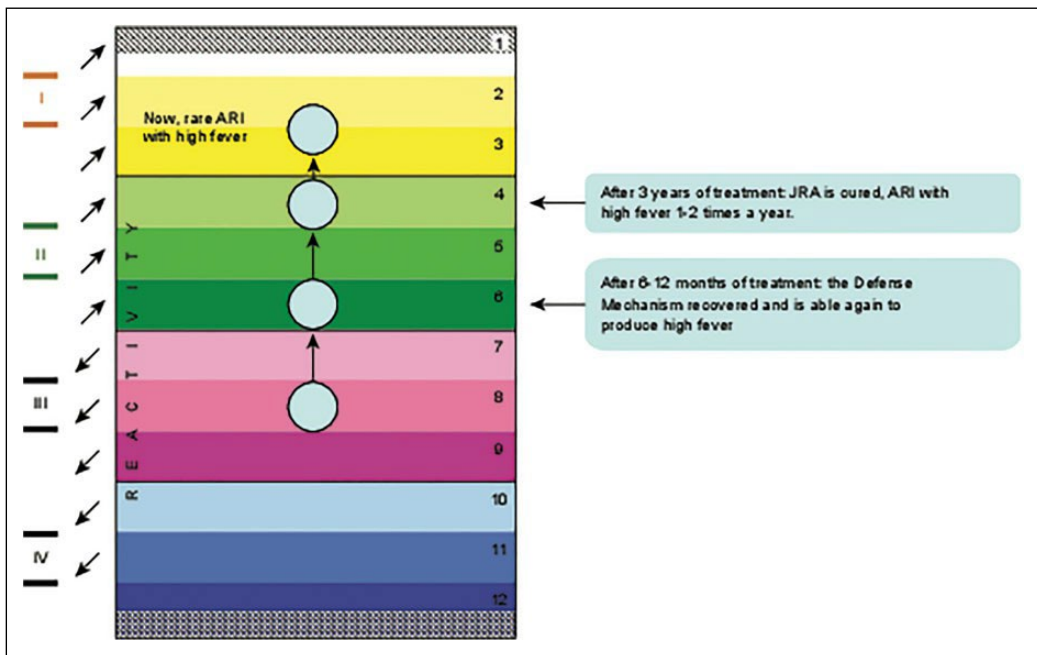
เราสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของโรคที่ถูกเปลี่ยน

“จากภายในสู่ภายนอก” และจากอวัยวะภายใน (เช่น ไตและข้อต่อ)

ไปยังผิวหนัง นอกจากนี้ เรายังสังเกตเห็น

“การกลับมาของกลุ่มอาการ” ซึ่งเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับโรคก่อนหน้านี้

เช่น โรคพองสเตรปโทคอกคัส ปวดศีรษะ



ภาพที่ 4 พลวัตด้านสุขภาพโดยทั่วไป (อายุ 11-28 ปี)

โรคภูมิแพ้ กระบวนการทั้งหมดเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึง "กฎแห่งการหายของโรค" ของ เฮอริงและเป็นหลักฐานของการปรับโครงสร้างระบบการป้องกันตนเองที่ลึกที่สุด ซึ่งไม่พบในกรณีของผลของยาหลอก ซึ่งบ่งบอกถึงผลลัพธ์เชิงบวกต่อการรักษา.<sup>9</sup>

มีการทดลองทางคลินิกเพียงไม่กี่ฉบับเท่านั้นที่ได้รับการตีพิมพ์โดยมีระเบียบวิธีในการประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยโฮมีโอพาธีในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ไม่มีการศึกษาใดที่ตีพิมพ์รายงานผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับตำรับยาโฮมีโอพาธี.<sup>10</sup> การวิจัยของก๊อบสัน ในปี 1980 ในการทดลองการรักษาทางคลินิกแบบปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง ซึ่งประเมินการบำบัดด้วย ตำรับยาโฮมีโอพาธี ในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

สรุปได้ว่ามีการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านความเจ็บปวดด้วยการประเมินความปวดด้วยตนเอง ดัชนีข้อต่อ ความแข็งตึง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย ตำรับยาโฮมีโอพาธี ใน เปรียบเทียบกับยาหลอก.<sup>11</sup> เมื่อสองปีก่อนบทความนี้ ผู้เขียนคนเดียวกันได้เปรียบเทียบกับผู้ป่วย 2 กลุ่มที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่รักษาด้วยซาลิไซเลตในกลุ่มแรก และโฮมีโอพาธีในกลุ่มที่สอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโฮมีโอพาธีอาการดีกว่าผู้ที่ได้รับซาลิไซเลต.<sup>12</sup>

ตามทฤษฎีระดับชั้นสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพในร่างกายของผู้ป่วยเกิดขึ้น 0.5 ถึง -1 ปีหลังจากเริ่มการรักษา เมื่อ ARI ครั้งแรกปรากฏขึ้นโดยมีไข้ 38°C ตามด้วย ARI บ่อยครั้งมากขึ้นและมีไข้สูงในช่วง การรักษา 2 ถึง 3 ปี (ภาพที่ 4) สิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณของการฟื้นตัว ซึ่งพิสูจน์ทั้งความสามารถในการเกิดไข้สูงและความไวต่อการกระตุ้นของไวรัสที่กระตุ้น ARI และต่อเชื้อสเตรปโตคอกคัสในภายหลัง กระบวนการทั้งหมดเกิดขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากการพักฟื้นจาก JRA ที่ก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปสู่ระดับที่ 6 ของกลุ่ม

B ระดับสุขภาพในปัจจุบันดูเหมือนจะเป็นที่ 4 ในกลุ่ม B ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยยังไม่สามารถ ถือว่ามั่นคง แม้จะมีผลลัพธ์ที่น่าประทับใจจากการบำบัดและการหายไปของพยาธิสภาพร้ายแรง เช่น JRA ซึ่งมีความซับซ้อนจากโรคไตอักเสบขั้นรุนแรง โดยมีประวัติติดตามผลยาวนานถึง 17 ปี ยังคงมีความเสี่ยงต่อพยาธิสภาพภูมิคุ้มกันอัตโนมัติที่จะกลับเป็นซ้ำ กรณีนี้ต้องการทัศนคติที่ระมัดระวังเป็นพิเศษต่อการบำบัดด้วยการกดอาการทุกประเภท การหลีกเลี่ยงการใช้ยาเคมีและสถานการณ์ที่ตั้งเครียดทางจิตใจอย่างรุนแรงทำให้เกิดการพยากรณ์โรคที่ดีเกี่ยวกับอายุขัยของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของเธอ.

**บทสรุป**

การจำแนกระดับชั้นสุขภาพแบบใหม่ ซึ่งอิงตามแนวทางแบบองค์รวมต่อสถานะของกลไกการป้องกันตนเอง โดยพิจารณาถึงความไวของปฏิกิริยาและการต้านทานโดยทั่วไป ช่วยให้สามารถพัฒนาการพยากรณ์โรคและความน่าจะเป็นในการรักษาผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนและปฏิกิริยาต่างๆ ของระบบร่างกายที่เป็นไปได้ระหว่างการรักษา การรักษาพยาธิสภาพโรคภูมิคุ้มกันตนเองที่รุนแรง ซึ่งเป็นรูปแบบทั่วไปของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเด็กและวัยรุ่น ด้วยวิธีโฮมีโอพาธียแนวตั้งเดิมสนับสนุนประสิทธิภาพของการรักษาดังกล่าว การติดตามผลยาวนานโดยไม่แสดงอาการของโรคใดๆ เป็นเวลา 17 ปี ถือเป็นหลักฐานที่แน่ชัดถึงพลังของการรักษาด้วยตำรับยาโฮมีโอพาธี

## ผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ประพันธ์

ดร. ซาบานอฟ รับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วย ดร. ซินต์ซาส

ดำเนินการวิจัยวรรณกรรมและช่วยเขียนบทความ

และศาสตราจารย์ริชชีสเป็นผู้ดูแลโครงการทั้งหมด

## คำประกาศเรื่องผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกัน

ผู้เหล่าประพันธ์ประกาศว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง

ข้องกับการวิจัย การประพันธ์และหรือการตีพิมพ์บทความนี้

## เงินทุนสนับสนุน

เหล่าผู้ประพันธ์ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

## การอนุมัติทางจริยธรรม

การศึกษานี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรม

## เอกสารอ้างอิง

1. Bogomolets AA. *Selected Works*. Vol. 2. Kiev, Russia: AS USSR; 1957:480.
2. Garkavi LK, Kvakina EB, Kuz'menko TS, Shikhlyarova AI. *Anti-Stress Reactions and Activation Therapy*. Moscow, Russia: Imedis; 1998:617.
3. Makshanov IY. Theoretical and practical aspects of the organism resistance, their role and meaning in medicine. An assembly speech. Grodno; 1991:25.
4. Sirotinin NN. *Evolution of Resistance and Reactivity* [in Russian]. Moscow, Russia: *Medicine*; 1981:235.
5. Serov VV. *General Pathology Approach to the Knowledge of the Disease*. Moscow, Russia: *Meditina*; 1999:303.
6. Vithoulkas G. *Levels of Health. The Second Volume of Science of Homeopathy*. Revised edition. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017:23.
7. Vithoulkas G. *A New Model for Health and Disease*. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 1996.
8. Vithoulkas G, Carlino S. The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit*. 2010;16:SR7-SR15.
9. Brien SB, Harrison H, Daniels J, Lewith G. Monitoring improvement in health during homeopathic intervention. Development of an assessment tool based on Hering's Law of Cure: the Hering's Law Assessment Tool (HELAT). *Homeopathy*. 2012;101:28-37.
10. Fernandez-Llanio CN, Matilla FM, Cuesta JA. Have complementary therapies demonstrated effectiveness in rheumatoid arthritis? [in Spanish] *Reumatol Clin*. 2016;12:151-157.
11. Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Buchanan WW. Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. *Br J Clin Pharmacol*. 1980;9:453-459.
12. Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Gray GH, Dick WC, Buchanan WW. Salicylates and homeopathy in rheumatoid arthritis: preliminary observations. *Br J Clin Pharmacol*. 1978;6: 391-395.