

ตำรับยา Manganum

ในการจัดการภาวะปวดศีรษะหลังการเจาะเยื่อหุ้มสมอง:

รายงานผู้ป่วย

เอคาเทรินา อิวาเนนโก¹, อมฤตา เบลาภาเจ², สีมามาเสช² 

และ จอร์จ วิรุคัส³

¹คลินิกศัลยกรรมแห่งมหาวิทยาลัยมิตรภาพประชาชน (PFU) กรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย.

²ศูนย์โสมิโอฟารีย์แนวตั้งเดิม กรุงเบงกอลู รัฐกรณาฏกะ ประเทศอินเดีย

³Greeceมหาวิทยาลัยแห่งทะเลอีเจียน เมืองไมทิลีน ประเทศกรีซ.

Clinical Medicine Insights: Case Reports
Volume 15: 1–6
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/11795476221135426



บทคัดย่อ: ภาวะปวดศีรษะหลังการเจาะเยื่อหุ้มสมอง (Post-dural puncture headache หรือ PDPH) เป็นภาวะการทำงานที่เกิดจากการฉีกขาดของเยื่อหุ้มดิวรา (dural membrane) ทำให้ความดันน้ำหล่อสมองไขสันหลังต่ำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 4% ถึง 11% ที่เข้ารับการผ่าตัดที่มีการเจาะช่องไขสันหลังโดยเจตนา ภาวะนี้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบ เราขอเสนอผู้ป่วย 12 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PDPH และไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยโสมิโอฟารีย์แนวตั้งเดิม ในจำนวน 12 รายนี้ 9 รายมีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ⁴ ในขณะที่ 3 รายที่เหลือมีอาการดีขึ้นบางส่วน ผู้เขียนได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งยาตามยาริสภาพในการสอนของเขา และความสำคัญของการทำความเข้าใจยาริสภาพตามที่เน้นไว้ในบทความทางวิชาการเกี่ยวกับโสมิโอฟารีย์ ตำรับยาโสมิโอฟารีย์แมงกานัม (Manganum) ช่วยให้อาการของผู้ป่วย 9 ใน 12 รายดีขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจ⁵ จำเป็นต้องมีการศึกษาแบบควบคุมเพิ่มเติมเพื่อระบุบทบาทและกลไกของการหายจาก PDPH ด้วยตำรับยาโสมิโอฟารีย์แมงกานัม⁶

สำคัญ: โสมิโอฟารีย์, ภาวะปวดศีรษะหลังการเจาะเยื่อหุ้มสมอง, การบริหารยาเข้าช่องไขสันหลัง, การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง⁷

ได้รับ: 23 มิถุนายน 2022. อนุมัติ: 6 ตุลาคม 2022.

ประเภท: ชุดรายงานผู้ป่วย

ทุนสนับสนุน: ผู้เขียนไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

คำชี้แจงความขัดแย้ง:

ผู้เขียนประกาศว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่เกี่ยวกับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

ผู้เขียนร่วม: สีมามาเสช, ศูนย์โสมิโอฟารีย์แนวตั้งเดิม เลขที่ 10, แยกที่ 6th

จันทรา กรุงเบงกอลู 560040 รัฐกรณาฏกะ อินเดีย

Email: bhatseema@hotmail.com

บทนำ

Post-dural puncture headache (PDPH), ภาวะปวดศีรษะหลังเจาะไขสันหลัง (PDPH) เป็นอาการปวดศีรษะแบบจัดตำแหน่ง ซึ่งเกิดจากการหยุดชะงักของเยื่อหุ้มสมองไขสันหลังโดยไม่ได้ตั้งใจระหว่างการดมยาสลบหรือการเจาะกระดูกสันหลังจากการวินิจฉัยของช่องใต้เยื่อหุ้มสมองอีกเสบ ทำให้เกิดการรั่วไหลของน้ำไขสันหลัง (CSF) และความดันน้ำไขสันหลังต่ำ.¹ อุบัติการณ์ของภาวะนี้คาดว่าจะอยู่ระหว่าง 4.6% ถึง 11% ขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา.² แม้ว่ากลไกที่แน่ชัดของการเกิดภาวะนี้ยังไม่เป็นที่ทราบ แต่สันนิษฐานว่าการสูญเสียผลกั้นกั้นกระแทกตามปกติของ CSF นำไปสู่ผลกระทบจากการดึงรั้ง ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ¹ กลไกอื่นๆ ที่เป็นไปได้ ได้แก่ การขยายตัวของหลอดเลือดเยื่อหุ้มสมองเพื่อตอบสนอง หรือการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะต่ำ.³

PDPH มักจะเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังทำการ¹⁰ โดยประมาณ 50% ของผู้ป่วยจะหายได้เองภายใน 7 ถึง 10 วัน.^{1,4} ในบางกรณี อาการปวดศีรษะอาจต่อเนื่องเป็นเวลาหลายเดือนและกลายเป็นอาการปวดศีรษะเรื้อรัง.^{1,5} ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ และดัชนีมวลกายต่ำในระดับหนึ่ง. ในผู้ป่วยโรคอ้วน เนื่องจากความดันในช่องท้องสูง ความแตกต่างของความดันระหว่างช่องใต้เยื่อหุ้มสมองและช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองจึงต่ำกว่าในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า ในผู้หญิงและผู้ป่วยอายุน้อย ความยืดหยุ่นของเยื่อหุ้มสมองจะสูงกว่า ดังนั้นข้อบกพร่องที่ฉีกออกและการสูญเสีย CSF จึงเกิดขึ้นในระดับที่มากขึ้น ทำให้เกิดอาการ³

PDPH มีลักษณะเฉพาะคือการปวดศีรษะอย่างรุนแรงตามท่าทาง ไม่ว่าจะเป็นการบิดตัวหรือท่าขดตัว มีการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอที่จำกัด ร่วมกับอาการคลื่นไส้ การสูญเสียการได้ยิน และความบกพร่องทางสายตา โดยอาการทั้งหมดจะลดลงอย่างมากเมื่อผู้ป่วยนอนราบ⁶

PDPH อาการของ PDPH เป็นที่ทราบกันดีว่าสามารถหายได้เองภายใน 2 สัปดาห์ในกว่า 65% ของผู้ป่วย ในกรณีที่มียาการต่อเนื่อง การจัดการแบบประคับประคองจะอาศัยยาแก้ปวด การดื่มน้ำให้เพียงพอ การพักผ่อน และยาที่ทำให้หลอดเลือดสมองหดตัว เช่น คาเฟอีน การรักษาเชิงทดลองซึ่งรวมถึงสเลียร์รอยด์ เมทิลแซนทีน และทริปแทนก็ใช้เพื่อลดความรุนแรงของอาการปวดเช่นกัน.⁷

ในกรณีที่มาตรการการรักษาข้างต้นไม่ได้ผล วิธีการให้เลือดของผู้ป่วยเองเข้าทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง หรือที่เรียกว่า epidural blood patch (EBP) ยังคงเป็นมาตรฐานทองคำในการรักษาเพื่อลดการรั่วของ CSF.⁸ อย่างไรก็ตาม นี่เป็นหัตถการที่มีการรุกรานและมีความเสี่ยงในตัวเอง และมีการแสวงหาทางเลือกที่ดีกว่ามาแทนที่ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่บ่งชี้ถึงความล้มเหลวของ EBP ในการบรรเทา PDPH.⁸ แม้ว่าจะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ก็อาจเป็นเรื่องที่ทรมานสำหรับผู้ป่วยและลดคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ.³ โสมิโอพารีย์แวนดิงเดิมอาจเป็นทางเลือกการรักษาที่มีประสิทธิภาพในภาวะเช่นนี้การศึกษาทางวรรณกรรมที่กล่าวถึง PDPH ด้วยโสมิโอพารีย์มีน้อย¹⁰ เราขอแนะนำเสนอชุดรายงานผู้ป่วย PDPH ที่ได้รับการรักษาด้วยโสมิโอพารีย์.

วิธีการ

มีการใช้การออกแบบรายงานผู้ป่วยหลังจากที่แพทย์โสมิโอพารีย์ซึ่งเป็นวิสัญญีแพทย์ด้วยได้ พบผู้ป่วย PDPH ที่ยอมรับการรักษาด้วยโสมิโอพารีย์. ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยการสัมภาษณ์ทางคลินิกโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในระหว่างการติดตามผล ยาโสมิโอพารีย์ทั้งหมดมาจาก Helios Homeopathy Ltd, UK และทั้งหมดได้รับในรูปแบบเม็ดซูโครสขนาด 3 โดยให้ยา 3 เม็ดไว้บนลิ้นเป็น 1 โดส ไม่มีการให้อาหารหรือเครื่องดื่มเป็นเวลา 30 นาทีก่อนและหลังการให้ยา

ชุดของรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

หญิงอายุ 30 ปี เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2018 เนื่องจากภาวะรกเกาะต่ำ 29 การผ่าตัดทำภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 10 มก.) โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน หักข้อโหมงหลังการทำหัตถการเมื่อพยายามลุกนั่ง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับคลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งไม่ทุเลาลงด้วยการอาเจียน.

ผู้ป่วยกล่าวว่าพื้นเตียงรู้สึกแข็ง ต่ออาการปวดศีรษะและอาการร่วมต่างๆ หายไปเมื่อนอนราบ การรักษาดตามปกติ (ยาแก้ปวดและน้ำเกลือ) ไม่ได้ผล

การเริ่มมีอาการหลังการทำหัตถการถูกนำมาพิจารณาเป็นสาเหตุ ร่วมกับการเกิดหลอดเลือดบริเวณแผล จากอาการเหล่านี้ ได้ให้ยาอะมิโอพาซีย์ *Amica montana* 30CH ซึ่งหลังจากนั้นความรุนแรงของอาการปวดศีรษะลดลงเล็กน้อย และอาการร่วมต่างๆ ก็บรรเทาลง เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ จึงได้ให้ *Hypericum* 30CH

โดยพิจารณาจากความไวต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ของการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง อาการปวดศีรษะลดลง 40% โดยไม่มีการปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมมากนัก เมื่อผู้ป่วยอยู่ภายใต้การสังเกตการณ์ เธอต้องการยาแก้ปวดเพิ่มเติม ในตอนท้ายของระยะเวลา 4 วัน อาการปวดศีรษะยังคงมีอยู่

ผู้ป่วยรายที่ 2

หญิงอายุ 46 ปี เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนขาหนีบด้านขวาเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2018 เธอยังมีภาวะถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรังด้วย การผ่าตัดทำภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5 มก.)

โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน.. หักข้อโหมงหลังการทำหัตถการ เธอมีอาการปวดศีรษะแบบฉีกขาดพร้อมกับคลื่นไส้เมื่อพยายามลุกนั่งตรงๆ ซึ่งจะลดลงเมื่อนอนราบ

ผู้ป่วยหงุดหงิดและยาแก้ปวดที่สั่งให้ไม่ช่วยบรรเทาอาการ. จากการสอบถามพบว่าเธอไม่สามารถทนต่อการขัดแย้งได้ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับธุรกิจ และไวต่อลมโกรก ได้สั่งยาอะมิโอพาซีย์ *Nux vomica* 30CH

อาการปวดศีรษะไม่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ต่อมาได้สั่งยา *China officinalis* 30CH โดยพิจารณาจากอาการป่วย จากการสูญเสียของเหลว (การสูญเสีย CSF) และความหงุดหงิด อาการปวดศีรษะลดลง 60% และอาการคลื่นไส้และความหงุดหงิดลดลง แต่เธอต้องการยาแก้ปวด ในตอนท้ายของ 4 วัน อาการปวดศีรษะลดลง 80% ด้วยการให้ยาแก้ปวด

ผู้ป่วยรายที่ 3

หญิงอายุ 46 ปี เข้ารับการผ่าตัดฝีหนองของต่อมบาร์โธลิน (โรคฝีต่อมบาร์โธลิน ถุงน้ำที่ออกมาจากปากช่องคลอด) เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2018 การผ่าตัดทำภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 10 มก.) โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน และมองเห็นภาพซ้อน 5 ชั่วโมงหลังการทำหัตถการ เมื่อเธอเริ่มเดิน

เธอมีอาการอ่อนเพลียทั่วไปร่วมกับอาการคันของขาทั้งสองข้าง

อาการทั้งหมดดีขึ้นเมื่อนอนราบและปรากฏขึ้นอีกครั้งเมื่อเธอพยายามลุกนั่ง

ยาแก้ปวดและน้ำเกลือไม่ได้ผลอย่างเห็นได้ชัด ได้สั่งยาอะมิโอพาซีย์ *Gelsemium* 30CH ตามอาการ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และมองเห็นภาพซ้อนหายไปภายใน 30 นาทีหลังการให้ยา อาการปวดศีรษะลดลง 40% ถึง 50% ต่อมาได้ให้ *Hypericum* 30CH สำหรับอาการปวดศีรษะซึ่งไม่ช่วยบรรเทาอาการปวด และต่อมาได้สั่งยาแก้ปวด

จากการประเมินผลหลัง 3 วัน อาการปวดศีรษะยังคงมีอยู่

ผู้ป่วยรายที่ 4

หญิงอายุ 36 ปี ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง เข้ารับการผ่าตัดถุงเงินเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2018 สำหรับการบาดเจ็บที่เอ็นของเท้าขวา เธอได้รับ Bupivacaine 12.5 มก. ทางช่องไขสันหลัง ซึ่งให้ผลระงับปวดได้ดี หักข้อโหมงหลังการทำหัตถการ หลังจากการฟื้นตัว ของการทำงานของขาทั้งสองข้าง ผู้ป่วยลุกขึ้นจากท่านอนหงาย ภายใน 15 นาที เธอรู้สึกปวดศีรษะแบบฉีกขาด อย่างรุนแรงบริเวณขมับ และหน้าผาก ร่วมกับคลื่นไส้ มองเห็นภาพซ้อน และคอเคล็ด ผู้หญิงคนนั้นถูกบังคับให้กลับไปนอน ในท่านอนราบ อาการปวดศีรษะหายไปอย่างสมบูรณ์ในการพยายามลุกขึ้นครั้งต่อไป อาการปวด ศีรษะจะกลับมา และแย่ลง ผู้ป่วยได้รับสารละลายคริสตัลลอยด์ ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติด (ไอบูโพรเฟน) และคาเฟอีน ใน 10 ชั่วโมงของการรักษาไม่พบการบรรเทาอาการ จากนั้นผู้ป่วยได้รับ *Manganum* 30CH ในรูปแบบสารละลายให้รับประทานทุก 30 นาที หลังจากโดสที่สอง อาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และหลังจากโดสที่สี่ก็หยุดลง อย่างสมบูรณ์ ในช่วง 2 วันถัดไป อาการปวดไม่กลับมาอีก ผู้ป่วยยังสังเกตเห็นการดีขึ้นของสภาวะทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญและผลผ่าตัดก็หายดี เธอได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมคำแนะนำให้รับประทาน *Manganum* ซ้ำในกรณีมีอาการปวดศีรษะกลับมา จากการตรวจร่างกาย ในอีกหนึ่งเดือนต่อมา เธอรายงานว่าการปวดศีรษะไม่กลับมาอีก

ผู้ป่วยรายที่ 5

หญิงอายุ 26 ปี มีประวัติเส้นเลือดขาด เข้ารับการผ่าตัดเส้นเลือดขาด (phlebectomy) ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5 มก.) แม้ว่าการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกจะเสร็จสิ้นโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่ 5.5 ชั่วโมงหลังการทำหัตถการ เมื่อพยายามลุกนั่งในตำแหน่งตั้งตรง เธอมีอาการปวดศีรษะ ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน และมองเห็นภาพซ้อน อาการทั้งหมดทุเลาลงขณะนอน ในท่านอนหงาย เธอได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติด การฉีดคาเฟอีน สารละลาย คริสตัลลอยด์ ซึ่งไม่ให้การบรรเทาที่น่าพอใจ เธอได้รับ *Manganum* 30 CH หนึ่งโดส ภายใน 2.5 ชั่วโมงหลังจาก *Manganum* 30CH อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมองเห็นภาพซ้อนก็หายไปอย่างสมบูรณ์ หลังจากนั้นไม่มีอาการกำเริบจนกระทั่งเธอออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 6

ในปี 2016 หญิงอายุ 34 ปี เข้ารับการผ่าตัดคลอดและมีภาวะ PDPH และอ่อนเพลีย ได้รับการรักษาตามปกติโดยไม่มีผลที่เห็นได้ชัด เจ็ดวันหลังการผ่าตัดคลอด เธอได้รับอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมคำแนะนำให้รับประทานยาแก้ปวด ในช่วง 2 สัปดาห์แรก หลังการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลบุตรและใช้ชีวิตตามปกติได้เนื่องจากความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการให้นม ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนไปให้นมบุตรแทน

สองปีต่อมาในเดือนมิถุนายน 2018 ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดคลอดที่คล้ายกันและอยู่ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป-Bupivacaine 10 มก. ซึ่งให้ผลระงับปวดได้ดี แต่ชั่วโมงหลังการผ่าตัด เมื่อพยายามลุกขึ้นยืน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะคล้ายกับที่เคยประสบระหว่างการผ่าตัดคลอดครั้งแรกเมื่อ 2 ปีก่อน เธอได้รับคำแนะนำให้รับประทาน *Manganum 30CH* ทุก 30 นาที หลังจากรับประทาน *Manganum 30CH* 2 โดส อาการปวดศีรษะก็หยุดทันทีและไม่กลับมาอีก นอกจากนี้ เธอยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และได้รับอนุญาตให้กลับบ้านในสภาพที่ดีในวันที่ห้าหลังการผ่าตัดคลอด แผลผ่าตัดหายด้วยการเย็บปิดแผลชิ้นแรก และไม่มีปัญหาเรื่องการให้นม

ผู้ป่วยรายที่ 7

ในเดือนกันยายน 2018 หญิงอายุ 40 ปีที่เป็นโรคข้อเสื่อมหลังการบาดเจ็บที่ข้อเข่าขวา เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่าใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (bupivacaine 15 มก.) การผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกดำเนินไปโดยไม่มีความผิดปกติใดๆ สี่ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ขณะพยายามลุกจากเตียง อาการปวดศีรษะร่วมกับอาการคลื่นไส้และความตึงของกล้ามเนื้อคอ อาการต่างๆ จะหายไปเมื่อผู้ป่วยนอนราบในแนวนอนและไม่เคลื่อนไหว การรักษาตามปกติด้วยยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติดและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ได้ผล ผู้ป่วยได้รับยาโอไมโอพารีย์ *Manganum 30CH* ทันทีหลังจากรับประทาน *Manganum* เธอรู้สึกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และหลังจากนั้น 2 ชั่วโมง อาการปวดศีรษะก็หายไปอย่างสมบูรณ์ และผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นได้ หลังจาก 3 วัน เธอได้รับอนุญาตให้กลับบ้านโดยไม่มีการปวดศีรษะ

ผู้ป่วยรายที่ 8

ในเดือนพฤศจิกายน 2018 หญิงอายุ 28 ปี เข้ารับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะสำหรับกระดูกหน้าแข้งซ้ายที่หักและไม่ติด การผ่าตัดทำภายใต้ การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5 มก. ทางไขสันหลัง) สิบชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยพยายามนั่งบนเตียง เมื่อเธอมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลายครั้ง และความตึงของกล้ามเนื้อคอ อาการปวดศีรษะและอาการร่วมต่างๆ หายไปทุกครั้งเมื่อเธอนอนราบ การรักษาตามปกติด้วยยาแก้ปวดและการเตรียมคาเฟอีนไม่ได้ช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วย การให้ *Manganum 30CH* หนึ่งโดสช่วยบรรเทาอาการได้เกือบทันที หลังจาก 3 ชั่วโมง อาการทั้งหมดได้หายไป ใน 3 วันต่อมาหลังจากกลับบ้านไม่มีการปวดศีรษะ

ผู้ป่วยรายที่ 9

หญิงอายุ 39 ปีที่ทุกข์ทรมานจากความผิดปกติของเท้าขวาในลักษณะบิดออกด้านนอก (valgus deformity) เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขเท้าขวาในเดือนธันวาคม 2018 การผ่าตัดทำภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 15 มก.) โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสี่ชั่วโมงหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่าง รุนแรงร่วมกับอาการคลื่นไส้ขณะพยายามนั่งตัวตรง เธอได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ ยาเสพติด คาเฟอีน และน้ำเกลือ และสังเกตเห็นว่าอาการดีขึ้นประมาณ 20% เมื่ออาการไม่ทุเลาลง เธอได้รับ *Manganum 30CH* และอาการปวดศีรษะลดลง 90% ใน 1.5 ชั่วโมงแรกของการให้นมลูก จากนั้นเธอยังสังเกตเห็นว่าอาการปวดบริเวณที่ผ่าตัดลดลงด้วย ในการติดตามผลในช่วง 2 วันถัดมา อาการปวดศีรษะไม่กลับมาอีก

ผู้ป่วยรายที่ 10

ในเดือนกุมภาพันธ์ 2019 หญิงอายุ 33 ปี เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่าซ้าย เนื่องจากข้ออักเสบหลังการบาดเจ็บ การผ่าตัดทำภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 10 มก.) ห้าชั่วโมงหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยลุกจากเตียง เธอมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้อย่างรุนแรง ซึ่งจะหายไปทันทีที่เธอนอนลง การรักษาตามปกติ เช่น ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติด น้ำเกลือ และ sumatriptan 50 มก. ไม่ได้ช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะของเธอ จากนั้นผู้ป่วยได้รับ *Manganum 30CH* สองชั่วโมงหลังจากรับประทานยา อาการปวดศีรษะก็หายไปอย่างสมบูรณ์ หลังจาก 3 วัน เธอได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลโดยไม่มีการปวดศีรษะ

ผู้ป่วยรายที่ 11

หญิงอายุ 37 ปีที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดปกติ เข้ารับการผ่าตัดคลอดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5 มก.) เนื่องจากทารกอยู่ในท่าที่ไม่ถูกต้อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด หกชั่วโมงหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นไป ให้นมบุตร เธอมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ร่วมกับอาการคลื่นไส้และอาเจียน อาการจะหายไปเมื่อนอนในท่านอนหงาย เธอได้รับการรักษาตามปกติด้วยน้ำเกลือและยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติด แต่ผลการรักษานี้น้อยมาก และอาการปวดศีรษะจะกลับมาเมื่อนั่งตัวตรง เธอได้รับยา *Manganum 30CH* และทันทีที่ได้รับยา ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะลดลง 60% หกชั่วโมงต่อมา อาการปวดศีรษะก็หายไปอย่างสมบูรณ์ ในวันที่ 4 หลังการผ่าตัดคลอด เธอได้รับอนุญาตให้กลับบ้านด้วยสุขภาพที่ดีขึ้นโดยรวม และไม่มีการปวดศีรษะกำเริบ

ผู้ป่วยรายที่ 12

เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2019 หญิงอายุ 34 ปีที่ตั้งครรภ์ปกติในสัปดาห์ที่ 40 เลือกผ่าตัดคลอดเนื่องจากอายุและความชอบของเธอ 116 ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5 มก.) เธอประสบความสำเร็จในการทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ห้าชั่วโมงหลังการผ่าตัด เธอมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเมื่ออยู่ในตำแหน่งตั้งตรง และอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการคลื่นไส้และคอเคล็ด เธอได้รับน้ำเกลือและยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติด และไม่พบการบรรเทาใดๆ จากนั้นเธอได้รับยา *Manganum 30CH* ความรุนแรงของอาการปวดลดลง 80% หลังจากได้รับยา และอาการปวดบริเวณที่ผ่าตัดก็ลดลงเช่นกัน ภายใน 5 ชั่วโมงหลังจากเริ่มใช้ *Manganum* อาการปวดศีรษะก็หายไปอย่างสมบูรณ์ ในวันที่ 4 ผู้หญิงคนนั้นได้รับอนุญาตให้กลับบ้านโดยไม่มีการปวดศีรษะและมีการให้นมบุตรที่ดี

ผลการรักษา

ผู้ป่วยหญิงสิบสองรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PDPH อายุระหว่าง 24 ถึง 46 ปี (อายุเฉลี่ย: 34.25 ปี) ยอมรับการรักษาด้วยไฮมิดรอนีล ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของผู้เข้าร่วม

อาการหลักที่นำเสนอในทุกกรณีคืออาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังจากการเจาะไขสันหลัง อาการปวดเป็นแบบกระจาย กด ที่มก และเด่นเป็นจังหวะ โดยปกติจะแผ่ไปตามด้านหลังของคอ พร้อมกับอาการคลื่นไส้อย่างรุนแรง ใน 2 กรณีอาการปวดรบกวนกับความบกพร่องทางสายตา ผู้ป่วยทุกรายบ่นว่าอาการแย่ลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อขึ้นหรือ นั่งตัวตรง จากตำแหน่งแนอน และดีขึ้นเมื่อนอนลง. ผู้ป่วย 3 รายแรกได้รับยาตามการวิเคราะห์อาการปวดศีรษะ โดยพิจารณาจากลักษณะและรูปแบบในแต่ละกรณี ได้แก่ *Arnica*, *Gelsemium*, *Hypericum*, *Nuxvomica* และ *China officinalis* ตามข้อบ่งชี้ในแต่ละกรณี อาการปวดศีรษะลดลงเพียงบางส่วนโดยไม่มีการดีขึ้นของสภาวะทั่วไปของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วย 9 รายถัดมาได้รับยา *Manganum*. ซึ่งอิงตามคำอธิบายของปรมาจารย์ด้านไฮมิดรอนีล J T Kent เกี่ยวกับลักษณะของตำรับยา: "ส่วนที่น่าทึ่งที่สุดของทั้งหมดคือวิธีที่เขารับการบรรเทา ผู้ป่วยนอนลง และทุกอย่างก็หายไป คุณไม่สามารถพบสิ่งนั้นในยาทุกชนิด นั่นเป็นสิ่งที่หายาก แปลก และพิเศษ แต่ดูสิว่ามันทั่วไปแค่ไหน มันกำหนดธรรมชาติทั้งหมด ของคนป่วย... *Manganum* เป็นยาที่ยอดเยี่ยมสำหรับผู้หญิงที่นอนติดเตียงที่ชอบนอนเงิบๆ"¹¹ ผู้ป่วยสังเกตเห็นว่าอาการหายไปอย่างสมบูรณ์โดยเฉลี่ย 2.9 ชั่วโมง หลังจากเริ่มใช้ยา *Manganum* (1.5-6 ชั่วโมง) (ตารางที่ 1) สภาวะทั่วไปดีขึ้นเช่นกัน และไม่เกิดกรณีไม่พึงประสงค์ใดๆ เกิดขึ้น

อภิปรายผล

การพัฒนาและความเชี่ยวชาญของวิธีการระบุความรู้สึกทางไขสันหลังมีความเชื่อมโยงอย่างแยกไม่ออกกับการต่อสู้เพื่อลดความถี่ของ PDPH.¹² แม้จะมีความก้าวหน้าที่ชัดเจนในการพัฒนายาและเข็มที่มีการรูล้ำน้อยลงเพื่อจัดการกับความถี่ แต่ก็ไม่สามารถกำจัด PDPH ได้

ในชุดรายงานผู้ป่วยที่น่าเสนอ ผู้ป่วย 3 รายแรกได้รับการส่งยาโดยพิจารณาจากลักษณะของอาการปวดศีรษะและอาการโดยรวมของแต่ละกรณีซึ่งให้การบรรเทาในระดับหนึ่ง แต่ไม่มีประโยชน์อย่างมากต่อสภาพโดยรวมของผู้ป่วย

Manganum ได้รับการส่งจ่ายใน 9 รายต่อมา และไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการ แต่ยังช่วยให้อาการหายขาดภายในระยะเวลาอันสั้น โดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำ ผู้เขียนได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งยาตามพยาธิสภาพในการสอนของเขา ซึ่งเป็นกลยุทธ์การส่งยา¹³ Kent ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการตระหนักถึงพยาธิสภาพเช่นกัน¹⁴ ในกรณีนี้ที่พบบ่อย การนอนลงไม่เพียงแต่ช่วยลดอาการ แต่ยังช่วยบรรเทาอาการโดยรวมของทั้งร่างกายด้วย แม้ว่าจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยใน PDPH แต่อาการนี้กลับปรากฏเป็นลักษณะสำคัญในการพิสูจน์ตำรับยาไฮมิดรอนีล ตำรับ *Manganum* ซึ่งเมื่อนำมาใช้ ก็ให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ การทบทวนการรักษา PDPH แสดงให้เห็นว่าการรักษาแบบเดิมแม้จะมีความหวัง แต่ก็ยังมีข้อบกพร่องอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านประสิทธิภาพและความสะดวกในการทำงาน⁹ มีแนวทางการรักษา PDPH ที่ขาดแคลน ทำให้เกิดการจัดการแบบอนุรักษ์นิยมที่หลากหลาย ซึ่งหลักฐานประสิทธิภาพยังอ่อนแอเกินไปสำหรับการแนะนำ¹⁴ Epidural Blood Patch ดูเหมือนจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับการปวดศีรษะรุนแรงจนถึงปัจจุบัน แต่เป็นเทคนิคที่มีการรูล้ำและมีภาวะแทรกซ้อนและความล้มเหลวในตัวเอง ในกรณีข้างต้น อาการปวดศีรษะรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้ ในกรณีเช่นนี้ คาเฟอีนและยาแก้ปวดแบบดั้งเดิมไม่ได้ช่วยบรรเทาอาการภายในเวลาที่คาดไว้ด้วยไฮมิดรอนีล การหายจากอาการเกิดขึ้นโดยเฉลี่ย 2.9 ชั่วโมง ซึ่งบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้สูงที่การหาย จากอาการเป็นผลของตำรับยาไฮมิดรอนีล ตำรับ *Manganum*.

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันเป็นเรื่องยากที่จะประเมินกลไกของผลการรักษาในการทำให้ภาวะนี้หายขาด นอกจากนี้จะมีคุณค่าอย่างยิ่งหากในอนาคตมีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาด้วยไฮมิดรอนีล จำเป็นต้องเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการตอบสนองและประสิทธิภาพเพื่อสร้างบทบาทของไฮมิดรอนีลในกรณีดังกล่าว

แม้ว่าการตอบสนองต่อ *Manganum* ใน PDPH จะน่าประทับใจในชุดรายงานผู้ป่วยนี้ แต่จำนวนผู้ป่วยมีน้อยและขาดกำลังทางสถิติ จำเป็นต้องมีการศึกษาที่มีขนาดใหญ่ ขึ้น มีกำลังเพียงพอและมีการควบคุมเพื่อสร้างบทบาทของตำรับยาไฮมิดรอนีล ตำรับ *Manganum* ในการรักษา PDPH

สรุป

ในกรณีที่น่าเสนอข้างต้น ผู้ป่วย PDPH ตอบสนองดีต่อตำรับยาไฮมิดรอนีล *Manganum* ซึ่งส่งจ่ายตามอาการร่วมที่พบในผู้ป่วยทุกราย คือ การบรรเทาอาการทั้งหมดเมื่อนอนลง ในตอนท้ายของการรักษา ผู้ป่วยยังคงปราศจากอาการโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาเสริมไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆเกิดขึ้นเช่นกันเมื่อพิจารณาว่าอาการลักษณะนี้เป็นเรื่องปกติใน PDPH

จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ว่าตำรับยาไฮมิดรอนีล *Manganum* สามารถเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในกรณี PDPH ได้หรือไม่

ตารางที่ 1. ลักษณะผู้ป่วย

ลำดับ ที่	อายุ	การวินิจฉัยและหัตถการ	ระยะเวลาหลังการให้ยา จนเกิดอาการ (ชั่วโมง)	ได้รับยาที่ให้	ระยะเวลาจนหาย (ชั่วโมง)	ระยะติดตาม ผล (วัน)	ผลลัพธ์
1	30	ตั้งครรภ์ 39 สัปดาห์, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง— ไขสันหลัง (Bupivacaine 10mg)	6	<i>Arnica montana</i> ตามด้วย <i>Hypericum</i>	16	4	ดีขึ้นบางส่วน
2	51	ใส่เลื่อนขาหนีบ, ผ่าตัดซ่อมแซม-ไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5mg)	5	<i>Nux vomica</i> ตามด้วย <i>China</i> <i>officinalis</i>	21	4	ดีขึ้นบางส่วน
3	21	ฝีที่ต่อมบาร์โธลิน, กรีดฝี-ไขสันหลัง —ไขสันหลัง (Bupivacaine 10mg)	5	<i>Gelsemium</i> ตามด้วย <i>Hypericum</i>	22	3	ดีขึ้นบางส่วน
4	36	บาดเจ็บที่เอ็นเท้า ศัลยกรรมตกแต่ง—ไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5mg)	5	<i>Manganum</i>	2	3	หายเป็นปกติ
5	26	เส้นเลือดขดที่ขาส่วนล่าง ผ่าตัดเส้นเลือดขด-ไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5mg)	6	<i>Manganum</i>	2.5	5	หายเป็นปกติ
6	36	ตั้งครรภ์ 40 สัปดาห์ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง-ทั่วไป (Bupivacaine 10mg)	8	<i>Manganum</i>	2	5	หายเป็นปกติ
7	40	ข้อเข่าเสื่อม ส่องกล้อง-ไขสันหลัง (Bupivacaine 15mg)	4	<i>Manganum</i>	2	3	หายเป็นปกติ
8	28	กระดูกหน้าแข้งหัก ใส่เหล็กตามกระดูก-ไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5mg)	10	<i>Manganum</i>	3	7	หายเป็นปกติ
9	39	เส้นเลือดขดที่ขาส่วนล่าง ผ่าตัดเส้นเลือดขด-ไขสันหลัง (Bupivacaine 15mg)	4	<i>Manganum</i>	1.5	2	หายเป็นปกติ
10	33	ข้อเข่าเสื่อม ส่องกล้อง-ไขสันหลัง (Bupivacaine 10mg)	5	<i>Manganum</i>	2	3	หายเป็นปกติ
11	37	ตั้งครรภ์ 40 สัปดาห์ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง-ไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5mg)	6	<i>Manganum</i>	6	4	หายเป็นปกติ
12	34	ตั้งครรภ์ 40 สัปดาห์ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง-ไขสันหลัง (Bupivacaine 12.5mg)	5	<i>Manganum</i>	5	4	หายเป็นปกติ

ผลงานของผู้เขียน

EI เป็นวิสัญญีแพทย์หลักที่ดำเนินการรักษาและรวบรวมข้อมูล
การเขียนต้นฉบับและการอ้างอิงจัดทำโดย AB และ SM GV
เป็นผู้ควบคุมงานและผู้กำกับการทำงาน
การยินยอมให้ตีพิมพ์
ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมด้วยวาจาสำหรับการรักษาและการตีพิมพ์
จริยธรรม
ไม่สามารถใช้ได้

ORCID iD

สีมา มาเฮช  <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับบทความนี้มีให้ทางออนไลน์

อ้างอิง

1. Kwak KH. Postdural puncture headache. *Korean J Anesthesiol.* 2017;70: 136-143.
2. Weinrich J, von Heymann C, Henkelmann A, et al. Postpunktioneller Kopf- schmerz nach rückenmarknahen Anästhesieverfahren: Inzidenz und Risikofak- toren. *Anaesthesist.* 2020;69:878-885.

3. Kim JE, Kim SH, Han RJW, Kang MH, Kim JH. Postdural puncture headache related to procedure: incidence and risk factors after neuraxial anesthesia and spinal procedures. *Pain Med.* 2021;22:1420-1425.
4. Arevalo-Rodriguez I, Muñoz L, Godoy-Casasbuenas N, et al. Needle gauge and tip designs for preventing post-dural puncture headache (PDPH). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD010807.
5. Lybecker H, Djernes M, Schmidt JF. Postdural puncture headache (PDPH): onset, duration, severity, and associated symptoms. An analysis of 75 consecutive patients with PDPH. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995;39:605-612.
6. Bakshi SG, Gehdoo RSP. Incidence and management of post-dural puncture headache following spinal anaesthesia and accidental dural puncture from a non-obstetric hospital: a retrospective analysis. *Indian J Anaesth.* 2018;62: 881-886.
7. Mayer DC, Spielman FJ. Postdural puncture headache. *Decis Mak Anesthesiol.* 2021;602-605.
8. Hasoon J, Urits I, Al-Jumah R, et al. Long-term outcomes of post dural puncture headache treated with epidural blood patch: A Pilot Study. *Psychopharmacol Bull.* 2020;50:25-32.
9. Patel R, Urits I, Orhurhu V, et al. A comprehensive update on the treatment and management of postdural puncture headache. *Curr Pain Headache Rep.* 2020;24:24.
10. Shaikh DM. Headache and homoeopathic management. *Int J Homoeopath Sci.* 2021;5:280-282.
11. Kent J. *Lectures on Homoeopathic Materia Medica. 14th Impression.* B Jain Publishers; 2002.
12. Harrington BE. Postdural puncture headache and the development of the epidural blood patch. *Regional Anesth Pain Med.* 2004;29:136-163.
13. Vithoulkas G. E-Learning program by George Vithoulkas - Strategies in prescribing. Accessed January 13, 2022. <https://www.vithoulkas.edu.gr/postgraduate-courses/strategies-in-prescribing>
14. Kent J. The value of symptoms. In: Jain B, ed. *Lectures on Homoeopathic Philosophy.* 7th ed. B. Jain Publishers; 2008;203-208.