

## การรักษาอาการบวมบริเวณไขกระดูกของเข้าเฉพาะบุคคลด้วยความช่วยเหลือของโฮมีโอพาธีแวนดิงเคิม: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ดีโอนิซิส ชินท์ชาส<sup>1</sup>, ลีมา มาเฮส<sup>2</sup> และ จอร์จ วิฐกัศ<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ Amfilochia, โรงพยาบาล Etoloakarnania, อะกลินีนา, กรีซ. <sup>2</sup>Centre for Classical Homeopathy, บังกะลอร์ อินเดีย <sup>3</sup>มหาวิทยาลัยเอเจียน, เลสบอส, กรีซ. <sup>4</sup>สถาบันนานาชาติโฮมีโอพาธีแวนดิงเคิม อะลอนนิซอส, สปอราเคสเหนือ, กรีซ.

Clinical Medicine Insights: รายงานผู้ป่วย ฉบับที่ 13: 1–5

© ผู้พิมพ์ 2020

แนวทางการใช้บทความ: [sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions) DOI: 10.1177/179547620904896

ได้รับ: 4 ธันวาคม 2019. ยอมรับ: 6 ธันวาคม 2019. ประเภท: รายงานผู้ป่วย

เงินทุน: ผู้พิมพ์ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

คำประกาศเรื่องผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกัน: ผู้พิมพ์ประกาศว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

ติดต่อผู้พิมพ์: Dionysis Tsintzas, Paliouli Amfilochias, 30500 Amfilochia, Greece. Email: [dentsin@hotmail.com](mailto:dentsin@hotmail.com)

### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา:** อาการบวมน้ำที่ไขกระดูกบริเวณหัวเข่าเป็นภาพที่พบบ่อยด้วย MRI เป็นองค์ประกอบหลักของภาวะการอักเสบและไม่อักเสบที่หลากหลายซึ่งส่งผลต่อข้อเข่า รอยโรคเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับโรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกหลายอย่างอีกด้วย

รายงานผู้ป่วย: เราอธิบาย 2 กรณีของไขกระดูกบวมที่ข้อเข่าที่รักษาด้วยความช่วยเหลือของ โฮมีโอพาธีแวนดิงเคิม *Arnica montana* เป็นตำรับยาโฮมีโอพาธีที่เลือกใช้

สรุป: ผลลัพธ์ของการรักษามีแนวโน้มดี และสนับสนุนให้มีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องนี้

คำค้นที่สำคัญ: อาร์นิกา ไขกระดูก โฮมีโอพาธี เข่า อาการบวมน้ำ

### เกริ่นนำ

วิลสันและคณะ<sup>1</sup> ได้แนะนำให้ใช้คำว่า "ไขกระดูกบวม" (BME) เพื่ออธิบายความหนาแน่นของไขกระดูกที่ไม่ชัดเจนในภาพ MRI ค่าของ T2 (เวลาผ่อนคลายตามขวาง) - จากผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่าและสะโพก มีการใช้คำเฉพาะเจาะจงเนื่องจาก "ไม่มีคำที่ดีกว่าและเพื่อเน้นลักษณะทั่วไปของอาการ"

สาเหตุของอาการบวมน้ำที่กระดูกเบื้องต้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด อาจเป็นไปได้ว่าภาวะขาดเลือดเฉพาะที่ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่อเนื่องที่ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกโดยเฉพาะนี้.<sup>2</sup>

สาเหตุที่เป็นไปได้ของภาวะนี้อาจเกี่ยวข้องกับ (1) การบาดเจ็บของกระดูก (หลอดเลือด บาดแผล การอักเสบ การเผาผลาญของร่างกาย) (2) ความอ่อนแอของกระดูก (การหมุนเวียนเพิ่มขึ้น ความดันในกระดูกเพิ่มขึ้น ความเครียด เนื้อกระดูกภายในหัก) (3) BME (ความดันในกระดูกเพิ่มขึ้น—ภาวะความดันในช่องปิดกล้ามเนื้อสูง) และ (4) กลไกการซ่อมแซม (พอใจ: การฟื้นตัวช้า—ไม่พอใจ: เนื้อร้ายของกระดูก)<sup>3,4</sup>

งานสร้างสรรค์เสรี Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: บทความนี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของ Creative Commons Attribution/ไม่ใช้เชิงพาณิชย์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้ใช้ที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ ทำซ้ำ และแจกจ่ายงานโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages ([https:// us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage](https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage)).

ความเจ็บปวดเป็นอาการเด่นของพยาธิสภาพนี้ ความเจ็บปวดเกิดจากความดันภายในกระดูกที่เพิ่มขึ้น (ความดันปกติคือ 20-30 มม.ปรอท) เนื่องจากมีปริมาณของเหลวสูงผิดปกติในช่องว่างของไขกระดูก 5 ความเจ็บปวดระหว่างการรับภาระทางกลก็มีลักษณะเฉพาะ ร่วมกับอาการรุนแรงไม่มากก็น้อยในตอนกลางคืน โดยทั่วไปแล้วจะมีอาการปวดในบริเวณที่ได้รับผลกระทบเมื่อถูกแตะ

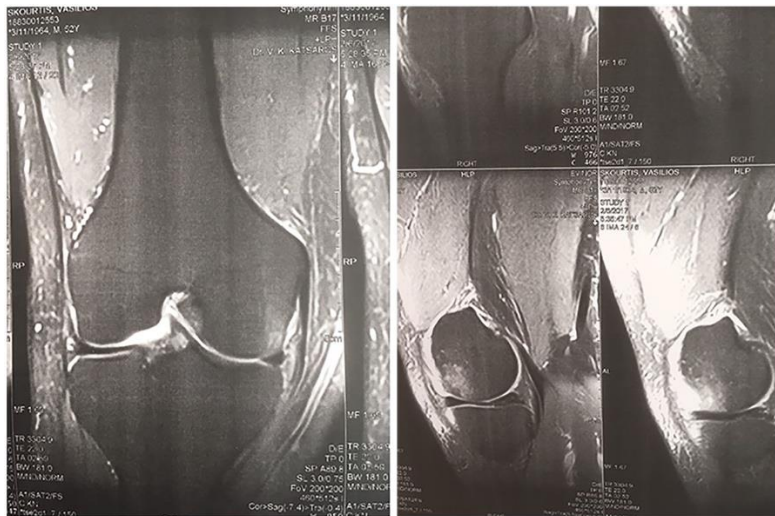
การถ่ายภาพด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก (MRI) เป็นมาตรฐานทองคำสำหรับการวินิจฉัยโรค BME การค้นพบลักษณะเฉพาะคือสัญญาณไขกระดูกที่เปลี่ยนแปลง โดยมีสัญญาณสูงในลำดับ T2 และ STIR (การฟื้นตัวแบบผกผันของ T1 สั้น) โดยมีหรือไม่มีสัญญาณ T1 (เวลาผ่อนคลายตามยาว)ต่ำ การทำงานของคลื่นสนามแม่เหล็กนั้นอาจบ่งบอกถึงอาการบวม น้ำที่แท้จริงทางเนื้อเยื่อวิทยา แต่สามารถมีลักษณะเช่นเดียวกับเนื้อร้ายของชั้นที่เป็นแกนกลางของกระดูกกระดูกโปร่ง(trabecular) การก่อดวงของน้ำ ฟังสิด และการแตกหักเป็นชิ้นเล็กของกระดูกอ่อนได้เช่นกัน<sup>6</sup>

การวินิจฉัยแยกโรคเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคหลายอาการ ได้แก่ การฟกช้ำจากบาดแผล กระดูกหัก ซีสต์ของกระดูก ไขกระดูกที่รั่วซึม พัฒนาการรอยโรคบาดเจ็บของกระดูกอ่อน กระดูกหักได้กระดูกอ่อน และเนื้องอก โรคระลอกตายที่แท้จริง.<sup>6</sup>

การรักษา BME จะพิจารณาจากสาเหตุและขนาดของบริเวณเนื้อร้ายของกระดูก บริเวณกระดูกพรุนที่เกิน 40% ถึง 50% ของ condyle (กระดูกต้นขาหรือกระดูกหน้าแข้ง) หรือรอยโรคที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม.<sup>2</sup> มักจะนำไปสู่การยุบตัว ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนข้อเข่าเทียม<sup>7</sup> ในทางกลับกัน รอยโรคขนาดกลาง (3.5-5 ซม.<sup>2</sup>) อาจมีหรือไม่มีก็ได้ การลดรอย ในขณะที่ย่อยโรคที่มีขนาดเล็กกว่า (<3.5 ซม.<sup>2</sup>) มักจะกลับเป็นปกติด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม<sup>8</sup>

การรักษาแบบอนุรักษ์นิยม ได้แก่ การใช้ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การป้องกันการแบกน้ำหนักเป็นเวลา 3 ถึง 8 เดือน ความรู้ไปกับกายภาพบำบัดตามอาการของผู้ป่วยและผลการตรวจทางรังสีวิทยา การบำบัดด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าแบบ Pulsed ดูเหมือนจะให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดความเจ็บปวดและบริเวณเนื้อตายหลังจากผ่านไป 6 เดือน<sup>9</sup> Prostacyclin และ bisphosphonates เป็นยา 2 ชนิดที่ใช้ในการรักษา BME ซึ่งมีการแทนทางออกฤทธิ์ในวิถีที่แตกต่างกันดังนั้นจึงอาจให้ผลประโยชน์คู่กันได้<sup>9</sup>

การผ่าตัดรักษา ส่วนใหญ่ใช้สำหรับระยะสุดท้าย เกี่ยวข้องกับการเจาะอย่างง่าย การรักษาเสถียรภาพของชิ้นส่วนกระดูก การขูดเอาเนื้อเยื่อที่เป็น โรคออกพร้อมกับเจาะและสุตท้ายข้อ กระดูกอ่อนซ้ำ หรือการปลูกถ่ายกระดูกอ่อนสำหรับข้อเข่า<sup>5</sup>



รูปที่ 1. การสแกน MRI ของผู้ป่วยรายแรกในการให้คำปรึกษาครั้งแรก

## โอมิโอพาทีย์ หรือ “เวชศาสตร์พลังงาน”

เป็นสาขาหนึ่งของวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีพื้นฐานอยู่บนหลักการที่ว่าโรคสามารถรักษาได้ด้วยการเสริมสร้างกลไกการป้องกันของร่างกายด้วยสารที่คัดเลือกมาเพื่อคุณสมบัติในการให้พลังงาน โอมิโอพาทีย์ก่อตั้งขึ้นในศตวรรษที่ 19 โดยดร. ซามูเอล ฮาห์นemann มาจากคำภาษากรีกว่า "โอมิโอ" และ "พาทอส" ซึ่งหมายถึง "ความทุกข์ทรมานที่คล้ายกัน"<sup>10</sup> จากความรู้ของเรา นี่เป็นชุดรายงานผู้ป่วยชุดแรกที่ตีพิมพ์ซึ่งอธิบายการรักษาของ BME ของข้อเข่าด้วยความช่วยเหลือของโอมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิม

## รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเป็นชายอายุ 55 ปี มาพบคลินิก มีอาการเจ็บเข่าขยับเขยื้อนมาเป็นเวลา 3 เดือน. เขาเป็นคนที่คล่องแคล่ว มีพลังมาก โดยทำงานเป็นครูสอนเต้นรำกรีกโบราณ และเขาจำอาการบาดเจ็บที่เข่าของเขาเมื่อไม่นานมาแล้วได้ ข้อเข่าขยับ เข็บปวดเมื่อเดินขึ้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเตะกระดูกต้นขาตรงกลาง เขาเดินกะเผลกเล็กน้อยและแทบจะวิ่งหรือเดินไม่ได้เลย

การสแกนด้วย MRI แสดงให้เห็นการแตกของหมอนรองเข่าด้านในบาดเจ็บโดยเฉพาะตรงด้านหลัง ในระดับ 2 ถึง 3 ร่วมกับ BME

ที่ขยายไปที่ส่วนหน้าของกระดูกต้นขาด้านใน (medial femoral condyle) ซึ่งกินบริเวณ 40% ของ femoral condyle (รูปที่ 1)

ผู้ป่วยได้รับการเสนอให้เข้าทำการผ่าตัดส่องกล้องข้อกระดูก เพื่อจัดการกับอาการบาดเจ็บที่บริเวณหมอนรองกระดูกข้อเข่าที่บาดเจ็บเป็นหลัก แต่เขาก็ไม่เต็มใจที่จะดำเนินการต่อไป การรักษาแบบอนุรักษ์นิยมที่เสนอให้กับผู้ป่วยรวมถึงการป้องกันด้วยการดัดแขนงน้ำหนักเป็นเวลามากน้อย 8 สัปดาห์ ร่วมกับกายภาพบำบัดและให้ NSAIDs ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ดังนั้นจึงไม่ให้ยาต้านการอักเสบ และผู้ป่วยไม่ชอบที่จะเลิกสอนเต้นรำแม้จะเป็นเวลาสองสามสัปดาห์ก็ตาม

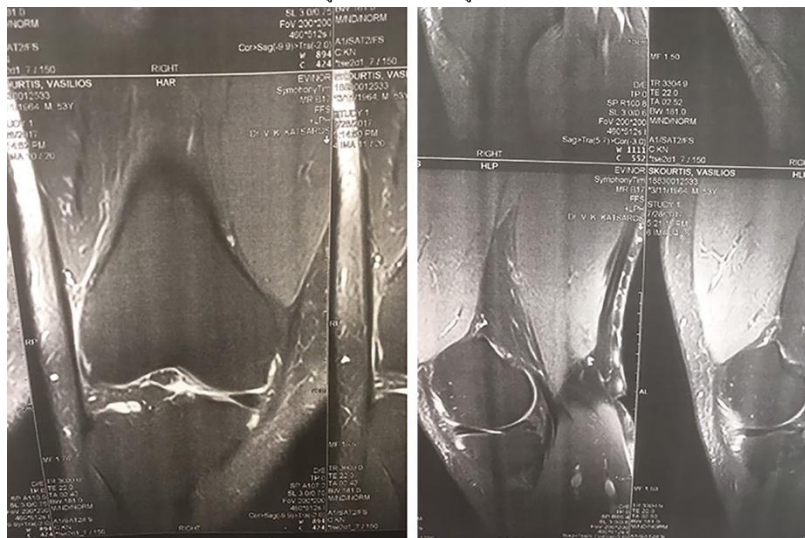
หลักเกณฑ์การรักษาที่เราตกลงที่จะปฏิบัติตามคือกายภาพบำบัดและโอมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิม ผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์

โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาระยะการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ควบคู่ไปกับความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อquadriceps การค้นอาการทางโอมิโอพาทีย์โดยใช้ซอฟต์แวร์ Vithoulkas Compass 2.3 Arnica Montana เป็นตำรับยาที่ถูกเลือก ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ตามข้อมูลของ Vithoulkas ในกลุ่ม B เกี่ยวกับระดับสุขภาพของเขา<sup>11</sup> ดังนั้นจึงกำหนดความแรงยาที่ 200CH โดยให้ 1 แคปซูลในตอนแรก และปริมาณถัดไปตามอาการที่ตามมา (เขาต้องการอีก 4 โดสของตำรับยานี้)

ในช่วง 2 เดือนต่อมา อาการของผู้ป่วยค่อยๆ ดีขึ้นอย่างช้าๆ แต่มีนัย แม้จะแทบไม่ได้พักเข่าก็ตาม ในเวลา 3 เดือน

เขาไม่เจ็บปวดและกลับมาทำกิจกรรมเดิมได้โดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ ห้าเดือนหลังจากการสแกน MRI ครั้งแรก ผู้ป่วยเข้ารับการสแกนครั้งที่สอง การสแกนครั้งใหม่แสดงให้เห็นว่า BME ของ กระดูกต้นขาด้านใน (medial femoral condyle) ลดลงโดยสิ้นเชิง ในขณะที่อาการบาดเจ็บหมอนรองข้อเข่าที่บาดเจ็บยังคงมีอยู่และไม่เปลี่ยนแปลง (รูปที่

2) เราพอใจมากกับผลของกรณีนี้ เราจึงปล่อยผู้ป่วยออกจากความดูแลของเรา



งานสร้างสรรค์เสรี Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: บทความนี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของ Creative Commons Attribution/ไม่ใช้เชิงพาณิชย์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้ใช้โดยไม่ใช้เชิงพาณิชย์ ทำซ้ำ และแจกจ่ายงานโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages ([https:// us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage](https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage)).

## รูปที่ 2. ห้าเดือนหลังจากการรักษา

### รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นหญิงเจ้าของซูเปอร์มาร์เก็ต อายุ 56 ปี มีอาการปวดเข่าซ้ายอย่างรุนแรงมาอย่างน้อย 3 เดือน ไม่มีประวัติบาดเจ็บ และอาการแย่ลงเรื่อยๆ เมื่อมาถึงคลินิก ผู้ป่วยเดินกะเผลกอย่างรุนแรง ข้อเข่าซ้ายบวมอย่างเห็นได้ชัด และการงอข้อเข่าถูกจำกัดไว้ที่ 60° มีอาการปวดอย่างรุนแรงเมื่อแตะกระดูกสันหลังด้านข้างพร้อมกับอาการปวดอย่างรุนแรงในเวลากลางคืน

การสแกนข้อเข่าด้วย MRI แสดงให้เห็นค่า BME

ของกระดูกสันหลังด้านข้างที่กินบริเวณกว้างครอบคลุมเกือบทั้งหมดของข้อเข่าโดยมีพื้นที่ของภาวะกระดูกพรุนที่ด้านข้างบนกระดูกหน้าแข้งด้านข้าง การสแกน MRI ยังแสดงสัญญาณเริ่มต้นของ BME (รูปที่ 3)



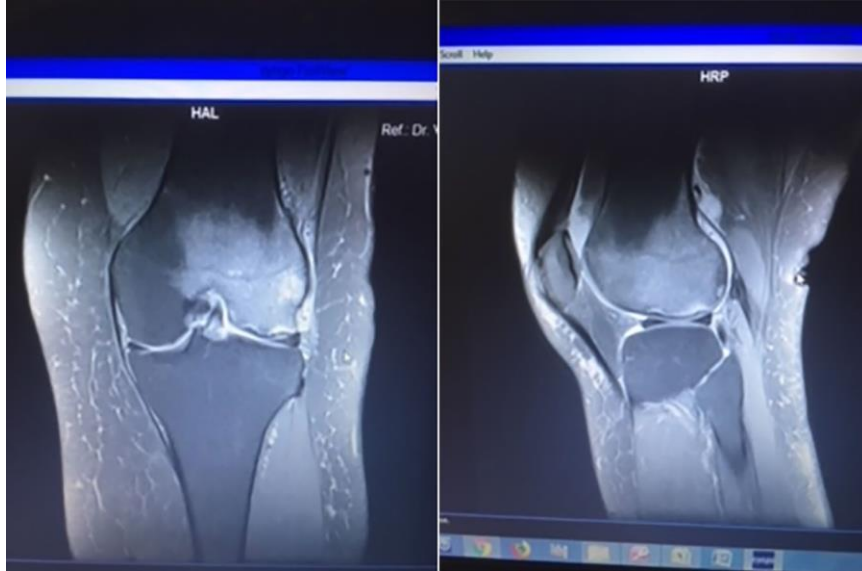
### รูปที่ 3. การสแกน MRI ของผู้ป่วยรายที่สองในการให้คำปรึกษาครั้งแรก

จากผลการวิจัยทางคลินิกและรังสีวิทยาข้างต้น การผ่าตัดเป็นการรักษาที่เหมาะสม<sup>5,7</sup> และเสนอให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะดำเนินการต่อ ดังนั้นเราจึงต้องให้การรักษาแบบอนุรักษ์นิยม ซึ่งประกอบด้วยยาที่ไม่ให้แบคทีเรีย และกายภาพบำบัด เนื่องจากเธอมีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหารและมีเลือดออก เธอจึงไม่ได้รับการรักษาด้วย NSAIDs หรือ bisphosphonates เมื่อคำนึงถึงความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายแรก เราจึงเสนอการบำบัดแบบโฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิม เธอพอใจและรับการรักษา Arnica montana เป็นตำรับยาที่ได้รับเลือกหลังจากการค้นคว้าทางโฮมีโอพาธี ความแรงพลังยาที่เลือกคือ 200CH ตามด้วยปริมาณรายวันที่พลังยา 30CH

ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการห้ามแบคทีเรียที่แจ้งให้เธอเป็นข้อห้าม โดยระบุว่าเธอไม่สามารถละเว้นจากการทำงานในซูเปอร์มาร์เก็ตได้ แต่ใช้อุปกรณ์พยุงเข่าแบบนิ่มแทน เพื่อรับน้ำหนักเต็มที่เป็นเวลา 3 เดือนต่อมา เธอได้เข้ารับกายภาพบำบัดควบคู่กับการรักษาแบบโฮมีโอพาธี โดยใช้ยาแก้ปวดธรรมดา (พาราเซตามอล) เป็นครั้งคราว อาการทางคลินิกของเธอดีขึ้นอย่างช้าๆ

สามเดือนหลังจากการสแกน MRI ครั้งแรก เราได้ดำเนินการสแกนติดตามผล (รูปที่ 4) BME ของกระดูกข้อเข่าเสื่อมลง โดยอาการเสื่อมรวมถึงกระดูกข้อเข่าด้านข้างทั้งหมดและส่วนด้านข้างของ กระดูกข้อเข่าส่วนกลาง เช่นกัน

ในขณะที่บริเวณภาวะกระดูกพรุนของกระดูกข้อเข่าด้านข้างมีขนาดเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน BME ของกระดูกหน้าแข้งด้านข้างหายไปโดยสิ้นเชิง ภาพทางคลินิกโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ในแง่ของความเจ็บปวดและการเคลื่อนไหว จากผลการวิจัยดังกล่าว เราแนะนำอย่างยิ่งให้ทำการผ่าตัดรักษา



รูปที่ 4. สามเดือนหลังการรักษา

ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องโดยเจาะกระดูกสันขาและกระดูกหน้าแข้ง ในระหว่างการผ่าตัด จะรู้สึกตรงกันข้ามกับความรู้สึกที่นุ่มของกระดูกสันขา กระดูกหน้าแข้งจะรู้สึกแข็งในระหว่างขั้นตอนการเจาะอย่างแน่นอน การรักษาหลังผ่าตัดคือการห้ามแบกรับน้ำหนักเป็นเวลา 1 เดือน ตามด้วยการแบกรับน้ำหนักบางส่วนได้ต่อไปอีกเดือนหนึ่ง มีกำหนดการสแกน MRI ใหม่หลังจากขั้นตอนนี้ 6 เดือน

## การอภิปราย

หลังจากนำ MRI มาใช้ทางคลินิก รอยโรคในไขกระดูกได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของโรคที่มีการอักเสบและไม่อักเสบต่างๆ ที่ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

Eriksen<sup>12</sup> เสนอระบบที่ครอบคลุมสำหรับสาเหตุของรอยโรคเหล่านั้น: (1) การบาดเจ็บ: การแตกหัก, โรคกระดูกพรุนชั่วคราวเฉพาะที่, การบาดเจ็บที่กระดูกกระดูก; (2)

รอยโรคของความเสื่อม: โรคข้อเข่าเสื่อม; (3) ผลอักเสบ: โรคข้ออักเสบและโรคไขข้ออักเสบ (4) รอยโรคหลอดเลือดตีบ: โรคหัวใจกระดูกสะโพกขาดเลือด,

กลุ่มอาการปวดเรื้อรังในบริเวณเฉพาะที่, โรคโลหิตจางเซลล์รูปเคียว; (5) ผลติดเชื้อ: กระดูกอักเสบ; (6) รอยโรคจากการเผาผลาญ/ต่อมไร้ท่อ:

โรคจากการสะสมของเกลือแร่ที่อยู่ในกระดูกส่วนใหญ่มีอยู่ในรูปผลึกเล็กๆ ของแคลเซียมไฮดรอกไซด์ หรือ hydroxyapatite, โรคเกาต์; (7) รอยโรคที่เกิดโรคหมอนทำ

โรคแทรกซ้อนจากการรักษา: การผ่าตัด การฉายรังสี ซากดภูมิกู้มกัน (glucocorticoids, cyclosporine) ยาเคมีบำบัด

แม้ว่าผู้ป่วยรายแรกของเราดูเหมือนจะจัดอยู่ในประเภทการบาดเจ็บ แต่เราไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัด สำหรับกรณีนี้ที่ร้ายแรงกว่าของเราอีกสองกรณี

การไม่แบกรับน้ำหนักหรือการแบกรับน้ำหนักบางส่วนดูเหมือนจะเป็นวิธีการรักษามาตรฐานสำหรับภาวะนี้

กายภาพบำบัดร่วมกับการบำบัดด้วยคลื่นกระแทกนอกร่างกายได้รับการรายงานเพื่อบรรเทาอาการปวดและปรับปรุงการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตัวเลือกทางเภสัชกรรมรวมถึงการใช้สฟอสโฟเนต อนุพันธ์ของพอสตาไกลอนดิน และสารยับยั้งการตายของเนื้องอก (TNF)<sup>12</sup>

ผู้ป่วยทั้งสองรายของเราไม่ปฏิบัติตามการแนะนำเพื่อการป้องกันคือการห้ามแบกน้ำหนักเป็นเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ โดยระบุว่าพวกเขาจำเป็นต้องทำกิจกรรมประจำวันต่อไปเมื่อคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ได้รับการรายงานที่น่าพอใจของการรักษาโรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกต่างๆ ด้วยความช่วยเหลือของโฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิม เราจึงเสนอทางเลือกการรักษาให้พวกเขา

### Brinkhaus และคณะ<sup>13</sup>รายงานว่า A montana

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่ามีแนวโน้มที่จะมีอาการบวม น้ำหลังผ่าตัดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก Tveiten และ Brusset<sup>14</sup> รายงานว่า A montana ในประสิทธิภาพของ พลังยาที่ D30 มีผลเชิงบวกต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ แต่ไม่ใช้ต่อความเสียหายของเซลล์ที่วัดโดยเอนไซม์ เมื่อไม่นานมานี้ Sarkar และคณะ<sup>15</sup> รายงานว่าการรักษา ด้วยตำรับยาโฮมีโอพาธี Guaiacum officinale มีฤทธิ์ต้านไขข้อและต้านอนุมูลอิสระในสัตว์ทดลอง และกิจกรรมเหล่านี้อาจมีนัยสำคัญมากขึ้น ในความสามารถที่สูงขึ้น ในทางกลับกัน Koley และคณะ<sup>16</sup> ในการศึกษาแบบ double blinded Randomized placebo-controlled study ประเมินโฮมีโอพาธีเฉพาะบุคคลในการจัดการความเจ็บปวดในโรคข้อเข่าเสื่อม (โดยใช้ตำรับยาโฮมีโอพาธีต่างๆ ได้แก่ Bryonia alba, Rhus toxicodendron, Calcarea carbonica, A montana, และ Natrum muriaticum) ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติเพื่อพิสูจน์ความเหนือกว่าของการรักษาด้วยโฮมีโอพาธีเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก

**Arnica montana** เป็นพืชรักษาโรคที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ใช้ในการรักษาโรคทางพยาธิวิทยาต่างๆ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ด้านโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านโรคกระดูกพรุน และด้านเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ แสดงฤทธิ์ต่อต้านอนุมูลอิสระและป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยเพิ่มการไหลเวียน และยังมีคุณสมบัติในการระงับปวดอีกด้วย<sup>17</sup>

ตำรับยาโฮมีโอพาธี **A montana** ตาม วิฐุคัส ระบุเมื่อส่วนหนึ่งของร่างกายมีรอยฟกช้ำและรู้สึกเจ็บ . . อาการนี้อาจเกิดจากการบาดเจ็บ แต่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การทำงานมากเกินไปของอวัยวะ ความเครียด หรือโรคเฉียบพลันเช่นกัน<sup>18</sup>

เคสแรกได้ผลดีเยี่ยมทั้งทางคลินิกและรังสีวิทยา ความจริงแล้วมีเพียงการรักษาด้วยโฮมีโอพาธีเท่านั้น โดยแทบจะไม่มีอาการป้องกันใดๆ จากการแบกน้ำหนักเลย ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดในเวลา 4 เดือน ในขณะที่การสแกนด้วย MRI 5 เดือนหลังจากการสแกนครั้งแรกพบว่ามี BME ของ กระดูกข้อเข่า เกือบหายไป (ภาพที่ 2)

แน่นอนว่ากรณีที่สองนั้นเป็นอีกกรณีหนึ่ง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาตั้งแต่การตรวจครั้งแรกที่คลินิก เนื่องจากค่า BME ของ กระดูกข้อเข่า นั้นเกินบริเวณกว้างและมีภาวะกระดูกตายของกระดูกข้อเข่าอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาโฮมีโอพาธีโดยมีการป้องกันการแบกรับน้ำหนักเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การสแกน MRI ครั้งที่สอง 3 เดือนหลังจากการสแกนครั้งแรกพบว่ารอยโรคกระดูกข้อเข่ากำลังเสื่อมลง แต่ที่น่าสนใจคือ รอยโรคที่กระดูกหน้าแข้งซึ่งเห็นได้ชัดในการสแกนครั้งแรกนั้นเกือบจะหายไปแล้ว (รูปที่ 4) โรคกระดูกพรุนของกระดูกต้นขาซึ่งเป็นความเสียหายต่ออวัยวะอย่างถาวร ถือเป็นอุปสรรคทางกายภาพที่อยากมาก แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะรักษาโดยโฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิม<sup>10</sup> ดังนั้น ตามความเป็นจริง เราไม่ถือว่ากรณีนี้เป็นความสำเร็จของโฮมีโอพาธี เนื่องจากกระดูกแข็งได้รับการช่วยเหลือ และในความเป็นจริงข้อต่อก็ได้รับการช่วยเหลือเช่นกัน เนื่องจากการมีการตายของเนื้อเยื่อของกระดูกหน้าแข้งด้านข้างร่วมอยู่ด้วยก็หมายความว่าอย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด

## สรุป

ประสบการณ์ของเราจาก 2 กรณีข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการรักษาเฉพาะบุคคลด้วยความช่วยเหลือของโฮมีโอพาธีแนวตั้งเดิมมีส่วนในการรักษาอาการ BME ของข้อเข่าโดยทั่วไป แต่ขาดต่อการรักษา จำเป็นต้องมีการวิจัยกับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นเพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการรักษา

## หมายเหตุผู้สนับสนุน

งานชิ้นนี้ได้ถูกเขียนที่ International Center of Classical Homeopathy, อะลอนนิสซอส, กรีซ.

## การมีส่วนร่วมของผู้สนับสนุน

ดร. โดนิชิต ชินด์ชาส เป็นแพทย์หลักที่ให้ข้อมูลเคสนี้ ดร. สีม่า มาเฮส เป็นบรรณาธิการบทความ บทความนี้จัดทำขึ้นภายใต้คำแนะนำของ จอร์จ วิฐุคัส

งานสร้างสรรค์เสรี Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: บทความนี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของ Creative Commons Attribution/ไม่ใช้เชิงพาณิชย์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้ใช้ที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ ทำซ้ำ และแจกจ่ายงานโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages ([https:// us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage](https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage)).



## การยินยอมของคนไข้

ผู้ป่วยยินยอมให้รายละเอียดของโรคและผลสแกนเพื่อใช้ในการตีพิมพ์

## ORCID iDs

ไคโอนิจิส ชินท์ชาส สีมา มาเสส

## อ้างอิง

1. Wilson AJ, Murphy DA, Hardy DC, Totty WG. Transient osteoporosis: transient bone marrow oedema? *Radiology*. 1989;171:135-140.
2. Patel S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53:785-792.
3. Trevisan C, Orolani S, Monteleone M, Marinoni EC. Regional migratory osteoporosis: a pathogenic hypothesis based on three cases and a review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2002;21:418-425.
4. Elder GJ. From marrow oedema to osteonecrosis: common paths in the development of post-transplant bone pain. *Nephrology (Carlton)*. 2006;11:560-567.
5. Hofmann S, Kramer J, Vakili-Adli A, Aigner N, Breitensteiner M. Painful bone marrow edema of the knee: differential diagnosis and therapeutic concepts. *Orthop Clin North Am*. 2004;35:321-333, ix.
6. Kon E, Ronga M, Filardo G, et al. Bone marrow lesions and subchondral bone pathology of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24:1797-1814.
7. Mont MA, Marker DR, Zywielski MG, Carrino JA. Osteonecrosis of the knee and related conditions. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011;19:482-494.
8. Karim AR, Cherian JJ, Jauregui JJ, Pierce T, Mont MA. Osteonecrosis of the knee: review. *Ann Transl Med*. 2015;3:6.
9. Marchegiani Muccioli GM, Grassi A, Setti S, et al. Conservative treatment of spontaneous osteonecrosis of the knee in the early stages: pulsed electromagnetic fields therapy. *Eur J Radiol*. 2013;82:530-537.
10. Vithoulkas G. *The Science of Homeopathy*. 6th ed. Alonnisos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2012.
11. Vithoulkas G. *Levels of Health. The Second Volume of the Science of Homeopathy*. Alonnisos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.
12. Eriksen EF. Treatment of bone marrow lesions (bone marrow edema). *Bonekey Rep*. 2015;4:755.
13. Brinkhaus B, Wilkens JM, Ludtke R, et al. Homeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: results of three randomized double-blind trials. *Complement Ther Med*. 2006;14:237-246.
14. Tveiten D, Bruslet S. Effect of Arnica D30 in marathon runners. Pooled results

งานสร้างสรรค์เสรี Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: บทความนี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของ Creative Commons Attribution/ไม่ใช่งานพาณิชย์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้ใช้ที่ไม่ใช่งานพาณิชย์ ทำซ้ำ และแจกจ่ายงานโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

from two double-blind placebo-controlled studies. *Homeopathy*. 2003;92:187-189. 15. Sarkar A, Datta P, Das AK, Gomes A. Anti-rheumatoid and anti-oxidant activity of homeopathic *Guaiacum officinale* in an animal model. *Homeopathy*.

2014;103:133-138.

16. Koley M, Saha S, Ghosh S. A double-blind randomized placebo-controlled feasibility study evaluating individualized homeopathy in managing pain of knee

osteoarthritis. *J Evid Based Complementry Altern Med*. 2015;20:186-191.

17. Kriplani P, Guarve K, Baghael U. *Arnica Montana* L.—a plant of healing: review. *J Pharm Pharmacol*. 2017;69:925-945.

18. Vithoukias G. *Materia Medica Viva*, vol. 3. Alonissos, Greece: International

Academy of Classical Homeopathy; 2006.

Academy of Classical Homeopathy; 2006.

<https://orcid.org/0000-0002-0715-4438> <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>