

การดูแลภาวะถุงน้ำโพรงไขสันหลัง ด้วยโสมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิม : กรณีศึกษา

เอลีนา รุดาโกวา¹, สีมามาเสต² และ จอร์จ วิรุคัส ^{3,4}

Annals of Neurosciences 28(3-4) 170–178, 2021 © ผู้ประพันธ์ 2021

การพิมพ์ซ้ำ และการอนุญาต:

in.sagepub.com/journals-permissions-india

DOI: 10.1177/09727531211046370 journals.sagepub.com/home/aon

¹ คลินิก ของ นาเดสร์ดา คูบาเชวา มอสโค รัสเซีย

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมลเบิร์ สูบิ่ง จายา เซลันกอร์ มาเลเซีย

³ คณะโสมิโอพาทีย์ มหาวิทยาลัยแห่ง เอเชียตะวันออกเฉียงใต้

⁴ สถาบันนานาชาติโสมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิม อะลอนนิสซอส กรีซ

การติดต่อผู้ประพันธ์: สีมามาเสต, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเมลเบิร์ เลขที่ 1 จาลัน เทเลอร์ สูบิ่ง จายา เซลันกอร์ 47500 มาเลเซีย

อีเมล: bhatseema@hotmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะถุงน้ำโพรงไขสันหลัง (SM) ร่วมกับโรคสมองน้อยย้อย (CM) เป็นโรคที่หายากและมีอาการที่ไม่สามารถคาดเดาได้ การผ่าตัดและการรักษาอื่นๆ ช่วยลดความรุนแรงของอาการ แต่ผู้ป่วยมากกว่า 50% ต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง การกลับมาดีขึ้นเองได้นั้นยากใน SM ประเภทนี้ และในกรณีส่วนใหญ่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นภาระหนัก ผู้ป่วย SM ที่มีความผิดปกติของ สมองน้อยย้อย Arnold-Chiari ประเภท 1 ในหญิงชาวรัสเซียอายุ 54 ปี ซึ่งได้รับการรักษาด้วยโสมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิมเฉพาะบุคคลมานานกว่าแปดปี โดยมีอาการทางคลินิกและอาการของสภาพและโรคร่วมดีขึ้นอย่างน่าทึ่ง ในการตรวจด้วย MRI โพรงไขสันหลังได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ ซึ่งยืนยันถึงประโยชน์ของการรักษานี้ กรณีของ SM ที่มีความผิดปกติของสมองน้อยย้อย Arnold-Chiari ประเภท 1 นี้ดูเหมือนจะได้รับการประโยชน์จากโสมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิมเฉพาะบุคคล การตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโสมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิมเฉพาะบุคคลต่อ SM เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำให้เป็นที่ยอมรับความสำคัญในการดูแลภาวะโรคนี้

คำค้นสำคัญ

ภาวะถุงน้ำโพรงไขสันหลัง, โรคสมองน้อยย้อย, โสมิโอพาทีย์

ได้รับ 29 มกราคม 2021; ตีพิมพ์ 4 สิงหาคม 2021

บทนำ

ภาวะถุงน้ำโพรงไขสันหลัง (SM) เป็นโรคที่หายากและดูกลามของไขสันหลัง และจะมีอาการทางระบบประสาทเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยมีถุงน้ำไขสันหลังที่มีลักษณะเฉพาะ¹ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากสาเหตุพื้นฐาน เช่น โรคสมองน้อยย้อย (CMs)¹ อุบัติการณ์ของ CM อยู่ที่ประมาณ 3 –8/100,000 โดย 62% ถึง 80% แสดง SM² และแสดงให้เห็นแนวโน้มสถานที่ทางภูมิศาสตร์บางแห่ง เช่น รัสเซีย^{3,4} กว่า 50% ของกรณีนี้เกิดจากการผิดปกติของสมองน้อยย้อย Arnold-Chiari ประเภท 1

ซึ่งมีลักษณะเฉพาะโดยหมอนรองของต่อมทอนซิลสมองน้อยเลื่อนผ่าน foramen magnum

งานสร้างสรรค์นี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของ Creative Commons Attribution/ไม่เชิงพาณิชย์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้ใช้โดยไม่เชิงพาณิชย์ ทำซ้ำ และแจกจ่ายงานโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

ช่องเปิดขนาดใหญ่รูปวงรีที่อยู่พื้นฐานของกะโหลกศีรษะ บนกระดูกท้ายทอย ตามด้วยอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ (25% ของกรณีทั้งหมด) ส่วนประเภทอื่น ๆ นั้นหายากกว่า^{1,5} มีการเสนอทฤษฎีมากมายเพื่ออธิบายพลวัตเบื้องหลังการพัฒนาของ SM รวมถึงทฤษฎีฮูดนิคมสามทฤษฎีของ การ์เดนเนอร์, วิลเลียมส์ และโอดส์ฟิลด์¹

หลอดเลือดดำทั่วไปที่ดำเนินตามทฤษฎีเหล่านี้คือการรบกวนการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง (CSF) ซึ่งเป็นผลมาจากการกดขี่ที่ผิดปกติหรือการขัดขวางการไหลเวียนทางกลไก หรือความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของไขสันหลัง SM แบ่งออกเป็น การสื่อสาร ไม่สื่อสาร ฝ่อ และชนิดเนื้องอกชนิดเป็นถุงน้ำ การจำแนกประเภทนี้ช่วยตัดสินใจว่าการแบ่งส่วน การผ่าตัด หรือการรักษาแบบอนุรักษ์นิยมเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดหรือไม่⁶ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของ SM ยังคงไม่ชัดเจน ซึ่งทำให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นเรื่องที่ท้าทาย การวินิจฉัยของ SM เกิดขึ้นจากการแข็งตัวของของเหลวที่เติมช่องในไขสันหลังที่เกี่ยวข้องกับการรบกวนการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง การเชื่อมต่อไขสันหลัง หรือเนื้องอกในไขกระดูก อาการเกิดจากการเลื่อนหมอนรองของต่อมทอนซิลสมองน้อยหรือการกดทับของเส้นประสาท อาการที่พบบ่อยที่สุดใน SM ที่มี CM ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ แขนขาอ่อนแรง ปวดคอ ชาและรู้สึกเสียวซ่าบริเวณแขนขา และอาการทางระบบประสาทอื่นๆ⁸ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดและความคงทนของโพรง

กรณีที่ถูกถามอย่างรวดเร็วจะแสดงอาการรุนแรงมากกว่ากรณีที่ค่อยๆ ดำเนินไปอย่างช้าๆ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา⁴ การดูแลจะระมัดระวังเมื่อไม่มีอาการทางระบบประสาทหรือไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงการลุกลามของโรคด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม¹ เมื่ออาการรุนแรง ผู้ป่วยอาจได้รับการผ่าตัด/การผ่าตัดได้สายระยะยาวน้ำ/การผ่าตัดเส้นเสียง/สร้างระบบประสาทระดับเซลล์ ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่แท้จริง¹ การรักษาอาการทางระบบประสาทให้คงที่และการปรับปรุงในสภาพทั่วไปเป็นเป้าหมายของการรักษา² การผ่าตัดมีประสิทธิภาพในกรณีส่วนใหญ่ แต่ผู้ป่วยมากกว่า 50% ต้องได้รับการผ่าตัดใหม่ในบางจุด¹ ไม่ค่อยมีการรายงานการดีขึ้นเองของ SM และบางครั้งการดีขึ้นเองก็ไม่เกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิกที่แตกต่างกัน⁹

เรานำเสนอกรณีที่พบไม่บ่อยของ SM ที่มีความผิดปกติของสมองน้อยชื่อ Arnold Chiari ประเภท 1 ซึ่งมีความก้าวหน้าอย่างมากจนกระทั่งมีการใช้การรักษาด้วยโซมิโอพาทีย์แนวดั้งเดิม และการถอดของเนื้องอกจากการบำบัดนี้ตลอดหลายปีที่ผ่านมา ยังเห็นประโยชน์ในโรคร่วมด้วย

วรรณกรรมไม่ได้ให้ผลกรณีใดที่คล้ายคลึงกันที่ SM ได้รับประโยชน์จากโซมิโอพาทีย์

การนำเสนอกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงชาวรัสเซีย แพทย์ (แพทย์อัลตราโซนิก) อายุ 54 ปี ตอนที่เธอมาขอคำปรึกษาด้านโซมิโอพาทีย์เมื่อเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2012 การวินิจฉัยเกิดขึ้นในปี ค.ศ 2006 โดยใช้เครื่อง MRI แต่ไม่ได้รับยาหรือการบำบัดใดๆ

อาการสำคัญต่างๆ

ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทอย่างรุนแรงในขณะที่รับคำปรึกษาโซมิโอพาทีย์ รวมถึงความเจ็บปวด แสบร้อน และรู้สึกเสียวซ่าที่หลังมือ ปวดเฉียบพลันในข้อต่อโคนนิ้วหัวแม่มือชิ้นแรก และความหนาวเย็นของมือ

เธอทำของหล่นกะทันหันและไม่รู้สึกว่ามีแรงหลุดออกจากมือเธอได้อย่างไร มีอาการปวดใต้สะบักด้านขวา

ในบริเวณเอวและบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ และที่เท้าของเธอ เธอมีอาการกล้ามเนื้อบัสสะวะไม่อยู่เวลาหัวเราะหรือไอ และรายงานว่ามึนงงตื่นเช้าในศีรษะ

อาการสำคัญอื่นๆ

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

อาการสำคัญอื่นๆ ได้แก่ รอยแตกที่มีเลือดออกเล็กน้อยที่ปลายนิ้วของผู้ป่วยทุกฤดูหนาว ความร้อนวูบวาบรบกวนการนอนหลับของเธอ ความแห้งกร้านในช่องคลอด ปวดจุกบริเวณลิ้นปี่และบริเวณสะดือด้วยความรู้สึกแน่น; และสิวหลุมลึกบนใบหน้า

ประวัติของอาการแสดงที่สำคัญ

ในปี 1995 ผู้ป่วยมีอาการบ้านหมุนและปวดมือ เธอยังมีอาการรู้สึกเสียวซ่าและแสบร้อนเป็นเส้นตรงบริเวณต้นแขน แขนท่อนปลาย และหลังมือ ความเจ็บปวดในข้อต่อโคนนิ้วหัวแม่มือครั้งแรกของเธอเพิ่มขึ้นมากจนบางครั้งเธอไม่สามารถหยิบหัวเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ได้ เธอเริ่มทำของหล่นอย่างกะทันหันโดยไม่รู้สึกตัว MRI ในปี 2006 นำไปสู่การวินิจฉัย SM นักประสาทวิทยายกให้เธอหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ เช่น การยกน้ำหนัก และทำฟิสิกส์สามเนื้อหน้าที่ต้อง แต่ไม่มีการให้ยาหรือยาใดๆ เธอหยุดไปพบหมोजัดกระดูก มีการตรวจ MRI ติดตามผลเป็นครั้งคราว

ประวัติทางการแพทย์ในอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคค้ำคอกเมื่ออายุได้ 3 ปี มีต่อมทอนซิลอักเสบซ้ำๆ และมีอาการปวดท้องเป็นครั้งคราวในวัยเด็ก และต่อมามีอาการหลอดลมอักเสบเกิดซ้ำและมีไข้สูง ซึ่งยังคงเกิดขึ้นเป็นระยะๆ ในขณะที่เข้ารับการรักษา เธอได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็นส่วนใหญ่สำหรับการติดเชื้อเหล่านี้ เมื่ออายุ 20 ปี การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารพบว่าไม่มีโรคระเพาะ แต่มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น เมื่ออายุ 46 ปี เธอได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดการสลายนิ้วด้วยคลื่นกระแทกสำหรับอาการจุกเสียดของไตด้านซ้าย เมื่ออายุ 52 ปี เธอเป็นโรคปอดบวมและได้รับยาปฏิชีวนะ เธอยังคงเป็นไข้หวัดเป็นครั้งคราวโดยมีไข้สูง เธอมีอาการปวดบริเวณกระเบนเหน็บตั้งแต่อายุ 34 ปี และไปพบหมोजัดกระดูกเพื่อแก้ไขปัญหานี้ เธอเป็นสิ่วตั้งแต่วัยแรกๆ

ประวัติสูติศาสตร์และนรีเวช

ผู้ป่วยมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี เธอมีลูกสองคนโดยไม่มีเหตุการณ์ เธอเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อตรวจการกร่อนของปากมดลูกเมื่ออายุ 22 ปี และทำการรักษาด้วยเลเซอร์สำหรับมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ปากมดลูกเมื่ออายุ 45 ปี ตั้งแต่เดือนเมษายน 2554 เธอมีอาการวัยหมดประจำเดือน และการตรวจทางเซลล์วิทยาของช่องคลอดพบว่าเยื่ออุลลิบ เธอทาครีมเอสโตรเจนตามคำแนะนำของสูตินรีแพทย์ แต่หยุดทำเพราะเกิดอาการบวมที่หน้าอก

ประวัติทางครอบครัว

พ่อของผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเสียชีวิตจากการแตกของหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้อง เมื่ออายุ 82 ปี แม่ของเธอเป็นโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออายุ 65 ปี มีความดันโลหิตสูงและสมองเสื่อม เธอเสียชีวิตเมื่ออายุ 76 ปี

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามี SM ที่มีความผิดปกติของสมองน้อยย่อย Arnold-Chiari ประเภท 1 (ICD10: G95.0).¹⁰

MRI: ภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอและทรวงอกตอนบน วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2549 (ภาพที่ 1)

มีภาวะที่มีการคลาดเคลื่อนผิดปกติของช่องคลองตรงกลางของเส้นประสาทไขสันหลังในไขสันหลังขงระดับกระดูกสันหลัง C3 ถึง T1 เส้นผ่านศูนย์กลางสูงสุดของช่องคือ 5 มม. ไขสันหลังที่อยู่ต่ำกว่าระดับนี้มีเส้นผ่านศูนย์กลางและโครงสร้างปกติ ความสูงของกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีรอยโรคของสมองเฉพาะแห่ง

มีการยึดตัวของกระดูกสันหลังส่วนคออ่อน ด้วยการก่อตัวทางพยาธิวิทยาของกระดูกสันหลังที่โค้งงอ ค่อม มากกว่าปกติ ความเข้มของสัญญาณจากหมอนรองกระดูกสันหลังของกระดูกสันหลังส่วนคอลดลง (หลักฐานการขาดน้ำ)

มีการยื่นออกมาของหมอนรองกระดูกส่วนกลางด้านหลัง ซึ่งมีขนาดไม่เกิน 3 มม.

โดยมีการตีบแคบของกระดูกสันหลังระหว่างกระดูกสันหลังเล็กน้อยที่ระดับ C4–C5 และ C5–C6

มีหมอนรองกระดูกส่วนที่เป็นวงแหวนทับเส้นประสาท (ด้านหลัง 4 มม.) โดยมีอาการของการตีบแคบระหว่างกระดูกสันหลังทั้งสองข้าง (ส่วนใหญ่อยู่ทางขวา) ที่ระดับ C6–C7 การเคลื่อนลงของทอลซิลสมองน้อยต่ำลงจากช่องเปิดขนาดใหญ่รูปร่างที่อยู่ที่ฐานของกะโหลกศีรษะบนกระดูกท้ายทอย (แนะนำให้ทำ MRI ของสมอง)

โพรงน้ำเกิดเฉพาะจากการขยายตัวของโพรงที่อยู่กลางไขสันหลังที่ระดับ C3–T1. ภาวะกระดูกตายของกระดูกสันหลังส่วนคอและทรวงอกส่วนบน หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทที่ C6–C7



รูปที่ 1 ภาพ MRI แรกในปี 2006 ที่การตรวจวินิจฉัย Syringomyelia

MRI: สมองและหลอดเลือดแดง (Intracranial Arteries) ในกะโหลกศีรษะ เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2006

โครงสร้างเส้นกึ่งกลางจะไม่ถูกเบียด ขนาดของโพรงสมองปกติ มีความไม่สมมาตรเล็กน้อยของโพรงด้านซ้าย (Sinister > Dexter)

ไม่มีรอยโรคความผิดปกติของสมอง ช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid ไม่กว้างขึ้น ขนาดของต่อมใต้สมองปกติ

งานสร้างสรรค์นี้เผยแพร่ภายใต้เงื่อนไขของ Creative Commons Attribution/ไม่ใช่งานพาณิชย์ 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) ซึ่งอนุญาตให้ใช้โดยไม่ใช่งานพาณิชย์ ทำซ้ำ และแจกจ่ายงานโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

โครงสร้างก้านสมองอยู่ในขอบเขตปกติ ต่อมทอนซิลสมองน้อยยื่นออกไปต่ำกว่าเส้น Chamberlain line 5 มม. โพรงอากาศข้างจมูก หรือ ไซนัสเต็มไปด้วยอากาศ การตรวจหลอดเลือดด้วย MR ของหลอดเลือดแดงในกะโหลกศีรษะไม่ได้แสดงหลักฐานใดๆ ของการอุดตันหรือโป่งพองของความคิดปกติของหลอดเลือดแดงดำ

ไม่มีรอยโรคในเนื้อเยื่อของสมอง การตรวจ MRI ซ้ำในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2008 แสดงให้เห็นการลุกลามของโรค

MRI: สมองและกระดูกสันหลังส่วนคอ เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2008

ภาพ MRI ของสมองแสดงรอยโรคที่มีสีขาวกว่าปกติขนาดเล็ก (ไม่เกิน 3 มม.)

ในเนื้อสมองสีขาวของก้านสมองหน้าด้านซ้ายใกล้กับสมองก้านหน้าของโพรงสมองด้านข้าง รอยโรคเล็กๆ ที่สองอยู่ที่ขอบเขตระหว่างก้านสมองกับสมองสีขาวในซีกสมองซีกซ้าย ไม่มีภาวะระบวยโรคในพื้นที่หรือตำแหน่งของสัญญาณ MR ทางพยาธิวิทยาอื่นๆ มีการขยายกว้างขึ้นของหลอดเลือดรอบ Virchow-Robin space. โครงสร้างเส้นกึ่งกลางไม่ถูกแทนที่ โพรงสมองอยู่ในตำแหน่ง รูปร่าง และขนาดปกติ ช่องด้านข้างไม่สมมาตร (Sinister > Dexter) ฐานของสมองปกติ พื้นที่ใต้เยื่อหุ้มสมองภายนอกมีความกว้างไม่สม่ำเสมอตามพื้นผิวของซีกสมอง จะขยายออกเล็กน้อยในบริเวณหน้าผาก-ข้างขม่อม และบริเวณอื่นจะขยายเป็นปกติ มี ectopia ของเนื้อสมองส่วนต่อมทอนซิลสมองน้อยไม่เกิน 6 มม. ถึงส่วนหลังของ foramen magnum รอยโรคโพรงไซนัสเต็มไปด้วยอากาศ

MRA ตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดของหลอดเลือดสมองไม่แสดงอาการบิดเบี้ยวทางพยาธิวิทยา การผิดปกติหรือการขยายตัวของหลอดเลือดแดง และโพรงช่องว่างของหลอดเลือดมีความเป็นเนื้อเดียวกัน

โรคสมองน้อยย่อย Arnold-Chiari Malformation ประเภท I.

สัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง

MRI ของกระดูกสันหลังส่วนคอแสดงให้เห็นว่า SM สูงน้ำไขสันหลังที่พบในการตรวจสอบก่อนหน้านี้ ขณะนี้ขยายจากระดับ C3 ไปจนถึงส่วนบนของร่างกายกระดูกสันหลัง T3 รูปร่างและโครงสร้างของซิสต์ (ประกอบด้วยซิสต์ที่ไหลมารวมกันหลายซิสต์ที่มีผนังกัน) เหมือนกับการตรวจสอบครั้งก่อนเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2006 เส้นผ่านศูนย์กลางสูงสุดอยู่ที่ 7 มม. ที่ระดับกระดูก C7 รูปร่างของซิสต์ที่ขอบกับส่วนปกติของไขสันหลังนั้น "แหลม" ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของโพรงที่มีความดันต่ำ เนื้อเยื่อหลอดเลือดที่ส่วนหลังของกระดูก C7 มีขนาดและรูปร่างเท่ากัน มีสัญญาณของภาวะกระดูกพรุนที่ระดับกระดูกสันหลัง C4–C7 โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาสูงสุด (หมอนรองกระดูกด้านหลังเคลื่อน) ที่ระดับกระดูกสันหลัง C6–C7

SM ที่ระดับกระดูกสันหลัง C3–T3 ภาวะกระดูกพรุนของกระดูกสันหลังส่วนคอ เนื้อเยื่อหลอดเลือดของกระดูกสันหลัง C7

การวินิจฉัยแยกโรค

SM อาจสับสนกับความผิดปกติของระบบประสาท เช่น โรคระบบประสาทเบาหวาน และความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น กลุ่มอาการ Guillain-Barré (GBS) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย, โรคกล้ามเนื้ออ่อนแอแอลเอส (ALS) และโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (MS)¹¹ การวินิจฉัยได้รับการยืนยันใน MRI ของสมองและไขสันหลัง

การให้คำปรึกษาทางโสมิโอพาธี

ผู้ป่วยมาขอคำปรึกษาด้านโสมิโอพาธีเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2012. อาการทางระบบประสาทของเธอรุนแรงขึ้นถึงรายการที่ระบุไว้ข้างต้น เธอยังมีอาการวิงเวียนศีรษะประจำเดือนและผิวหนังอักเสบด้วย การสั่งจ่ายยาโสมิโอพาธีจะพิจารณาจากอาการทั้งหมดไม่ใช่แค่อาการของ SM เท่านั้น ครอบคลุมถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจ/อารมณ์ของผู้ป่วยด้วย

ประวัติโดยละเอียดเปิดเผยว่าเธอต้องทนทุกข์กับเหตุการณ์ซ้ำแล้วซ้ำเล่าซึ่งก่อให้เกิดความโศกเศร้าในอดีต

เธอประสบกับความกลัวอย่างมากว่าจะมีเรื่องเลวร้ายเกิดขึ้นกับครอบครัวของเธอและพวกเขาจะเสียชีวิต

เธอกลัวการรับโทรศัพท์เพราะคาดการณ์ว่ารับข่าวร้าย เธอเกิดความกลัวขึ้นมาแบบฉับพลันบ่อยๆ โดยคิดว่าทำบางอย่างหาย เช่น กล้วยแฉอด เธอตรวจสอบและตรวจสอบอีกครั้งว่าเธอปิดประตูและก๊อกน้ำหรือไม

ความวิตกกังวลและการสูญเสียความทรงจำแบบเฉพาะเจาะจงนี้ พร้อมด้วยประวัติความโศกเศร้าและปัญหาทางร่างกายในระบบประสาท บ่งชี้ถึงตำรับยาโสมิโอพาธี *Causticum hahnemanni* (รูปที่ 2)¹²

การจ่ายตำรับยา

Causticum 30 CH, หนึ่งครั้ง

เหตุผลเบื้องหลังการสั่งจ่ายตำรับ *Causticum* ก็คือพยาธิสภาพหลักในผู้ป่วยที่ต้องใช้ *Causticum* คืออาการเศร้าโศกที่ยืดเยื้อ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวจะมีอาการเหม่อลอยและวิตกกังวล *Causticum*

ยังมีอาการของการไม่อดทนต่อความอยู่ดีธรรมจากความเห็นอกเห็นใจอย่างมาก

นอกจากนี้การแห้งแฉกร้าวของผิวหนังและความเย็นของมือก็เป็นส่วนหนึ่งของการพิสูจน์ยา อาการของการบัสสาวะเลือดเมื่อไอเป็นจุดเด่นภาพยาของ *Causticum*

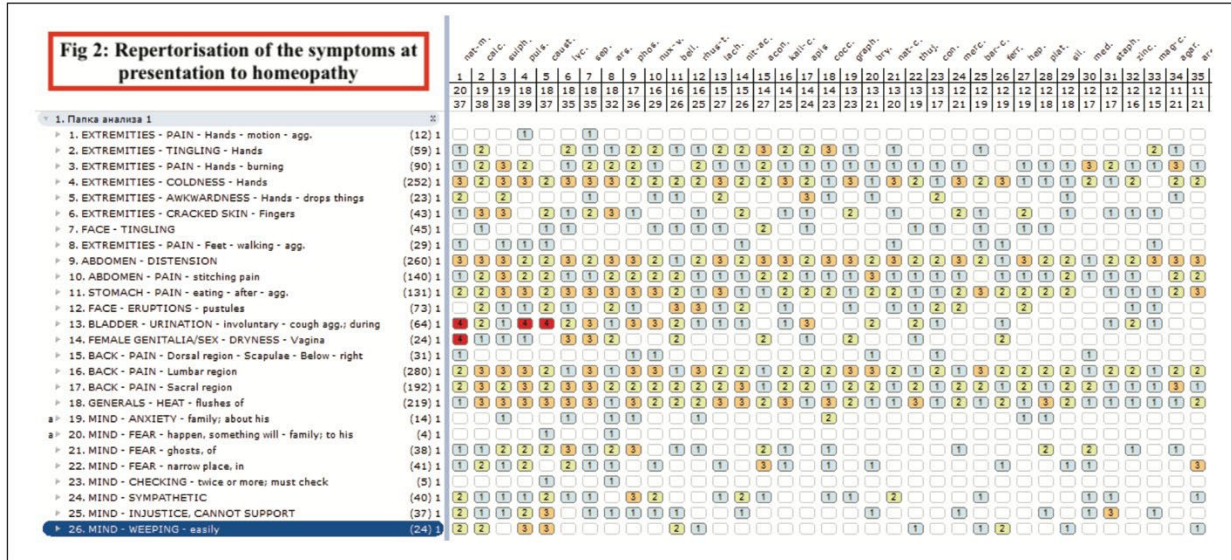
ติดตามผลการรักษา

หลังจากการได้รับตำรับยา ความเจ็บปวดมือของผู้ป่วยด้วยอาการรู้สึกเสียวซ่าและแสบร้อนเพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลาหนึ่ง (ที่เรียกว่า “อาการกำเริบในการรักษา” ในโสมิโอพาธี) แต่มือกลับอุ่นขึ้นและบางครั้งเธอก็รู้สึกร้อนที่มือ อาการร้อนวูบวาบเพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ ระดับพลังงานของเธอดีขึ้น อารมณ์ของเธอดีขึ้น และความกังวลของเธอก็ลดลง

กรณีนี้มีการติดตามผลมายาวนานถึงแปดปีโดยมีขึ้นมีลงอย่างต่อเนื่อง เธอได้รับ *Causticum*

ในปริมาณที่แตกต่างกันเป็นครั้งคราวเมื่อใดก็ตามที่อาการแย่ลง โดยมีผลดีเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้เธอยังได้รับ *Causticum*

สำหรับภาวะอาการเฉียบพลัน เช่น ปวดเส้นประสาทไตรเจมินัล ได้รับตำรับยาอื่นๆบ้าง เมื่อเธอมีโรคอักเสบเฉียบพลัน เช่น โรคไขหวัด โรคหุ้้น้ำหนักเฉียบพลัน การคิดเชื่องช้าทางจิตใจ และการคิดเชื่องช้าในลำไส้



รูปที่ 2 การค้นหาอาการเพื่อนำเสนอทางโฮมีโอพาธี

เธอได้รับ Mercurius solubilis, Arsenicum album, Graphites, Eupatorium perfoliatum และ Gelsimum sempervirens สำหรับอาการเหล่านี้ โรคหุ้มน้ำหนักไม่ตอบสนองต่อ Graphites และเธอใช้ยาอายุวัฒนะ และใช้สเตียรอยด์ด้วย เธอประสบกับความบอบช้ำทางจิตใจและกระดูกหักหลายครั้งในช่วงแปดปีนี้ แม้ว่าเธอไม่มีปัญหาการทรงตัวอย่างเห็นได้ชัดก็ตาม และได้รับ Rhus toxicodendron, Ruta graveolens และ Arnica montana ตามความต้องการ เธอยังได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) สำหรับบาดแผลอีกด้วย ครั้งหนึ่งมีอาการปวดอย่างรุนแรงในบริเวณกระเบนเหน็บซึ่งแผ่ขยายไปถึงสะโพก ต้นขา และเข้าจากนั้นเธอได้รับยามีลอคซิแคม (NSAID) และฉีดวิตามินบี 1 บี 6 และบี 12

การรักษาเหล่านี้สลับกับอาการป่วยหลักหลักของเธอเพื่อช่วยบรรเทาช่วงที่มีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษาหลักของเธอคือการรับยาตัวรับ Causticum และมันช่วยบรรเทาอาการหลักของเธอได้เกือบทุกครั้ง นี่เป็นเรื่องปกติในกรณีเรื้อรังที่มีการรักษาด้วยโฮมีโอพาธีแนวดั้งเดิม ซึ่งอาจมีความต้องการคำรับยาที่แตกต่างกันในระหว่างโรคเจ็บปวด แต่อาจจำเป็นต้องทำซ้ำตัวรับยาเดิมสำหรับอาการเรื้อรังหลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวเพื่อให้เสถียรไปในทิศทางที่ถูกต้อง อาการทรุดกลับของโรคจะรุนแรงลดลงเรื่อยๆ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมานี้ จนกระทั่งอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการติดตามผลครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2020 รายงานของผู้ป่วยในการติดตามผลครั้งล่าสุดมีรายละเอียดเพิ่มเติม

เธอหยุดทำของเหล่านี้อาการปวดที่มือของเธอลดลง เธอทำงานได้อย่างอิสระมากขึ้น อาการรู้สึกเสียวซ่า แสบร้อน และความเย็นที่มือหายไป และรอยแตกที่มือก็หายไป สิวที่รุนแรงน้อยลง ความกังวลเรื่องครอบครัวมีความรุนแรงน้อยลง เธอไม่ได้ตรวจซ้ำบ่อยนัก อาการชาที่มือที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากเส้นประสาทถูกกดทับซึ่งเธอเป็นมาตั้งแต่ พฤษภาคม 2019 ลดลงหลายวันหลังการรักษาครั้งล่าสุด แต่ก็กลับมาเป็นอีกหลังจากผ่านไปหนึ่งสัปดาห์ อาการตาแห้งซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวตั้งแต่เดือนมีนาคม 2014 ยังคงมีอยู่ อาการร้อนวูบวาบยังคงอยู่ การนอนหลับยังคงไม่ดี โดยตื่นสามถึงสี่ครั้งในตอนกลางคืน แต่เธอก็หลับได้ง่ายขึ้น

อาการอักเสบเจ็บปวดของเธอในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีแนวโน้มรุนแรงขึ้นกว่าตอนที่เธอเริ่มบำบัดด้วยโฮมีโอพาธี

เมื่อถูกขอให้ทำ MRI สมองซ้ำเพื่อการวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย ผู้ป่วยปฏิเสธเพราะเธอได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากขั้นตอนดังกล่าว และบอกตามคำพูดของเธอเองว่า “ฉันมีสุขภาพแข็งแรง อายุน้อย และฉันจะไม่วันทำ MRI อีกต่อไป”

งานสร้างสรรค์ 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>).

การเปลี่ยนแปลงใน MRI แสดงไว้ในรูปที่ 3 และตารางที่ 1 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง syrinx cavity มีขนาดเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2006ถึง 2008 และค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่องหลังจากเริ่มการรักษาด้วยโสมิโอฟาซี โดยได้กำจัด syrinx cavity ออกอย่างสมบูรณ์ใน MRI ล่าสุดของเดือนมีนาคม 2020 .



Figure 3. फिल्म MRI Films เปรียบเทียบ ปี 2008 ถึง 2020.

ตาราง 1. การเปลี่ยนแปลงในการทำ MRI จาก 2008 ถึง 2020

วันที่	MRI สมอง	MRI กระดูกสันหลัง
23 เมษายน 2015	<p>มีสัญญาณMR พื้นที่เล็กๆ แสดงรอยโรคมีสีขาวกว่าปกติ อยู่ในส่วน subcortical ของเนื้อเยื่อสมองส่วนสีขาวในบริเวณส่วนหน้า-ข้างขม่อม และในทั้งสองข้างของสมอง</p> <p>เส้นผ่านศูนย์กลางสูงสุดของรอยโรคคือ 2.7 มม. ในพื้นที่ subcortical ของซีกสมองซีกขวาที่ช่องว่าง perivascular ขยายมีขีดหลายกลุ่มที่วัดขนาดได้ต่างกันซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเดียวกันขนาดสูงสุด 4 มม. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงบริเวณรอบๆ รอยโรคเหล่านี้ และไม่มีผลกระทบต่อโครงสร้างสมองที่อยู่ติดกัน</p> <p>ล่าสุดไม่มีการเปลี่ยนแปลงการขาดเลือดในสมอง จาก (DWI)</p> <p>โพรงสมองด้านข้างไม่สมมาตร ช่องด้านข้างซ้ายจะกว้างขึ้นเล็กน้อย</p> <p>ช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid space) ขึ้นนอกคานาเวซิกสมองจะขยายออกเล็กน้อยในบริเวณหน้าผาก-ข้างขม่อม และปกติในพื้นที่อื่นๆ</p>	<p>มีการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับการตรวจเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2008—ไม่มีขีดของSM</p> <p>มีการขยายตัวของช่องกลางไขสันหลังที่ระดับกระดูกสันหลัง C2 และ C3 (สูงถึง 1.6 มม. ในมิติจากหน้าไปหลัง, ความยาว 6.7 มม. และ 14 มม. ตามลำดับ)</p> <p>ความสูงของกระดูกสันหลังปกติ สัญญาณ MR จากโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของกระดูกส่วนหลังส่วนหลัง</p> <p>มีสัญญาณ MR สีขาวมากกว่าปกติที่ส่วนหลังของกระดูกสันหลัง C7 ซึ่งเป็นhaemangioma ที่มีขนาดและรูปร่างเท่ากัน</p> <p>มีรอยโรคที่มีลักษณะสัญญาณเหมือนกันในตัวของกระดูกสันหลัง C6 (ขนาด 5x3 มม.) และในตัวของกระดูกสันหลัง C4 (ขนาด 9x5 มม.)</p> <p>สัญญาณ MR จากหมอนรองกระดูกทั้งหมดมีน้ำหนักลดลงที่ตำแหน่ง T2 มีการลดความสูงของหมอนรองกระดูกที่ระดับกระดูกสันหลัง C4-C7</p>

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>).

	<p>มี ectopia ของ cerebellar tonsils ไปที่ส่วนหลังของ foramen magnum ไม่เกิน 5 มม.</p> <p>เชื่อบุโพรงจุกมีการเปลี่ยนแปลง จำนวนรอยโรคเพิ่มขึ้นปานกลางเมื่อเทียบกับการตรวจเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2008</p> <p>สรุป: ภาพ MRI ของ Arnold-Chiari malformation ประเภท I. สัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง.</p>	<p>มีการแคบของช่องด้านข้างด้านขวาด้วยการกดทับของรากประสาทเนื่องจากการยื่นของหมอนรองกระดูกถึง 3 มม. และกระดูกงอกในส่วนหลังที่ระดับกระดูกสันหลัง C6– C7 มีการแข็งตัวของเอ็นสีเหลือง(ligamentum flavum) ที่ระดับ C6–C7 มีแนวกระดูกสันหลังที่ผิดปกติรูปร่างโค้งงอโค้งไปด้านข้างในแกนแนวขากระดูกคอชิดตรงขึ้น</p> <p>กระดูกสันหลังส่วนอกค่อมโน้มมาทางด้านหน้ามากขึ้น</p> <p>กระดูก T7 มีรูปร่างผิดปกติเล็กน้อย สัญญาณ MR จากโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการคายน้ำ</p> <p>สรุป: การรบกวนความคงที่ของกระดูกสันหลังส่วนคอและทรวงอก กระดูกค้ำของหมอนรองกระดูกคอ กระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม</p> <p>การเปลี่ยนแปลงที่ใหญ่ที่สุดที่ระดับส่วนของกระดูกสันหลัง C6 – C7 (ด้วยการยื่นของหมอนรองกระดูก paramedian ด้านขวาและการกดทับของเส้นประสาท)</p> <p>โพรงน้ำเกิดเฉพาะจากการขยายตัวของโพรงที่อยู่กลางไขสันหลัง(Hydromyelia) ที่ระดับกระดูกสันหลัง C2 และ C3</p> <p>มีการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับการตรวจเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2008 โดยไม่มีพบซิสต์ syringomyelia ที่เคยมีอยู่ที่ระดับกระดูกสันหลังระดับ C3–T3 แล้ว</p>
<p>31 ตุลาคม 2017</p>	<p>ปริมาณและขนาดของรอยโรคใน subcortical และ periventricular white matter ของบริเวณ frontal-parietal เหมือนกับการตรวจเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2015</p> <p>ยังคงมีช่องว่างของ Perivascular spaces Virchow- Robin ที่กว้างขึ้น โดยมองเห็นการขยายตัวของน้ำได้ถึง 4 มม. ทางด้านขวา โพรงสมองด้านข้างยังคงไม่สมมาตร โพรงสมองด้านข้างซ้ายจะกว้างขึ้นเล็กน้อย</p> <p>เชื้อหุ้มสมองส่วน subarachnoid ชั้นนอก ตามพื้นผิวของซีกสมองมีความกว้างไม่เท่ากัน โดยจะขยายออกเล็กน้อยในบริเวณหน้าผาก-ข้างขม่อม และเป็นปกติในพื้นที่อื่นๆ</p> <p>มี ectopia ของ cerebellar tonsils ไปที่ส่วนหลังของ foramen magnum ไม่เกิน 5 มม. เหมือนครั้งก่อน</p> <p>สรุป: ภาพ MRI ของความผิดปกติของ Arnold-Chiari ประเภทที่ 1 สัญญาณของความผิดปกติของเส้นเลือดแดงเล็ก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงลบ เมื่อเทียบกับการตรวจเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2015</p>	<p>การขยายช่องกลางอย่างต่อเนื่องที่ระดับกระดูกสันหลัง C2 และ C3 ความยาวของส่วนที่ขยายจะเท่ากันที่ระดับกระดูกสันหลัง C2 (6.7 มม.) และน้อยกว่าที่ระดับกระดูกสันหลัง C3 ที่ 6.2 มม. (เทียบกับ 14 มม. ในการตรวจครั้งก่อน)</p> <p>haemangioma ในส่วนขาของกระดูกสันหลัง C4 มีขนาด 8x5 มม. และ haemangioma ในส่วนหลังขาของกระดูกสันหลัง C7 มีขนาด 10x7 มม. ซึ่งไม่ได้ขยายใหญ่ขึ้นเมื่อเทียบกับการตรวจครั้งก่อน และมีรอยโรคเล็กน้อยในกระดูกสันหลัง C6</p> <p>สัญญาณของภาวะกระดูกพรุนที่ระดับกระดูกสันหลัง C4–C7 โดยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่สุดที่ระดับกระดูกสันหลัง C6–C7 หมอนรองกระดูกที่ไม่สม่ำเสมอปิดที่ครึ่งวงกลมด้านหลัง โดย paramedian จะไปขึ้นถึง 3 มม. และช่องกระดูกสันหลัง intervertebral foramen ด้านขวาจะแคบลง</p> <p>แนวโค้ง การค่อม ของทรวงอกที่เด่นชัดขึ้น มีการเบี่ยงเบน กระดูกสันหลังคด scoliotic เล็กน้อยในแกนตามยาว ความสูงของกระดูกสันหลังปกติ สัญญาณ MR จากกระดูกสันหลังมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อม สัญญาณ MR จากหมอนรองกระดูกจะลดลงเนื่องจากการคายน้ำ ไม่มีการยื่นออกมาของหมอนรองกระดูกด้านหลัง</p> <p>การตรวจในโหมดการถ่ายภาพฉีดสารทึบรังสีของไขสันหลัง (myelography) แสดงให้เห็นการขยายตัวของรากประสาทที่ระดับกระดูกสันหลัง T6–T12</p> <p>สรุป: กระดูกพรุนของกระดูกสันหลังส่วนคอและทรวงอกมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่สุดที่ระดับส่วนของกระดูกสันหลัง C6–C7 (การยื่นของหมอนรองกระดูก paramedian ด้านหลังขวา) Hydromyelia ที่ระดับกระดูกสันหลัง C2 และ C3</p>

		<p>Haemangiomas ในตัวกระดูกสันหลัง C4, C6 และ C7</p> <p>การรบกวนของความคงที่ของกระดูกสันหลัง</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงลบเมื่อเทียบกับการตรวจเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2015</p>
25 มีนาคม 2020	ไม่มีการตรวจ	<p>ที่ระดับกระดูกสันหลังระดับ C2 ช่องส่วนกลางของไขสันหลังจะมองเห็นได้กว้างถึง 1 มม. ที่ความยาว 6 มม. คลองกลางในส่วนอื่น ๆ</p> <p>ของบริเวณกระดูกสันหลังส่วนท้ายทอยและทรวงอกไม่ขยายออก</p> <p>ไม่มีถุงน้ำในไขสันหลัง ความสูงของกระดูกสันหลังปกติ</p> <p>รูปร่างของกระดูกสันหลังมีรูปร่างผิดปกติเนื่องจากกระดูกงอก (กระดูกงอกของกระดูกส่วนหน้าส่วนนอกในกระดูกสันหลังส่วนอกตรงกลางมีความโดดเด่นที่สุด)</p> <p>เห็นความเข้มของสัญญาณจากกระดูกสันหลังมีความต่างกันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมในไขกระดูก</p> <p>มีบริเวณที่มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมัน(มีสีขาวมากกว่าปกติ ในโหมด STIR) ในตัวกระดูกสันหลัง C4, C7 และ T6</p> <p>มีความเข้มของสัญญาณลดลงจากหมอนรองกระดูกสันหลังของกระดูกสันหลังส่วนคอและกระดูกสันหลังส่วนอกเนื่องจากภาวะขาดน้ำ</p> <p>มีการยื่นออกของหมอนรองกระดูกสันหลังบนฐานกว้างที่ระดับ C6-C7 (3.5 มม.), C4-C5, C5-C6 (สูงถึง 3 มม.) ทำให้เกิดการตีบแคบของ intervertebral foraminal ในระดับปานกลาง มีการเจริญเติบโตมากเกินไปของเอ็น flava ที่ระดับ C6- C7 ทำให้เกิดความผิดปกติของเอ็นประสาท (dural sac) ในส่วนหลัง</p> <p>สรุป:</p> <p>ไม่มีรอยโรคความคิดผิดปกติของสมองเฉพาะแห่ง ถุงน้ำ</p> <p>หรือการขยายช่องกลางของไขสันหลังอย่างมีนัยสำคัญ อาการเสื่อมของกระดูก หรือกระดูกตายของหมอนรองกระดูกของกระดูกสันหลังของกระดูกสันหลังส่วนคอและทรวงอก</p>

หมายเหตุ: ข้อความคำหยาบงบออกถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

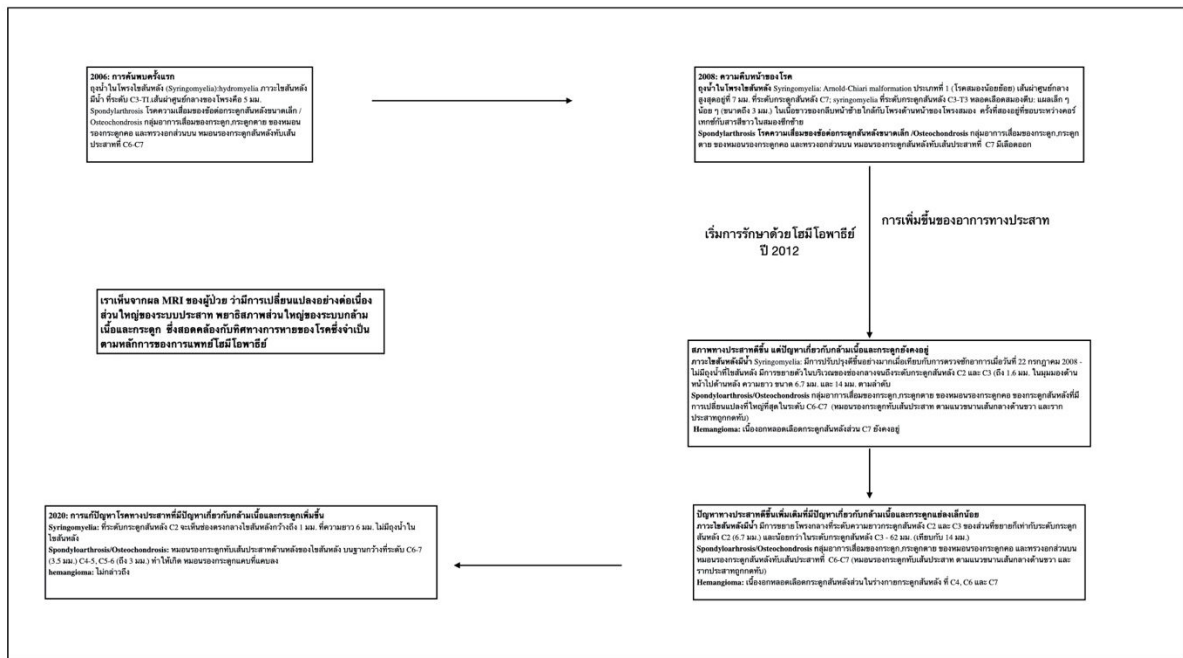
ตารางที่ 2. เกณฑ์ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ด้วย Naranjo ที่ปรับเปลี่ยนเพื่อการประเมินแหล่งที่มาของผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการแทรกแซงด้วยโซมิโอพาธีซ์

หมายเหตุ: คะแนนเชิงสาเหตุสูงสำหรับการรักษาในกรณีนี้ ซึ่งหมายความว่าผลที่ตามมาไม่สาเหตุจากการรักษาด้วยโซมิโอพาธีซ์อย่างแท้จริง

เกณฑ์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ / NA	เคส
1. มีการดีขึ้นของอาการหลัก หรือ สภาวะที่ดีขึ้นจากการจ่ายตำรับยาโซมิโอพาธีซ์?	2	-1	0	2
2. การดีขึ้นทางคลินิกเกิดขึ้นภายในรอบเวลาที่เป็นไปได้เมื่อเทียบกับการใช้หรือไม่?	1	-2	0	1
3. มีอาการกำเริบเริ่มต้นเกิดขึ้นในช่วงแรกหรือไม่?	1	0	0	1
4. ผลกระทบครอบคลุมมากกว่าอาการหลักหรือ สภาวะอื่น กล่าวคือ ในตอนท้ายสุด อาการอื่นๆ ดีขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่?	1	0	0	1
5. สุขภาพที่ดีโดยรวมดีขึ้นหรือไม่?	1	0	0	1
6.(ก)ที่สหภาพการหาย: อาการบางอย่างดีขึ้นในลำดับตรงกันข้ามกับการพัฒนาอาการของโรคหรือไม่?	1	0	0	0

6.(ข) ทิศทางของการหาย: มีอย่างน้อยสองประเด็นต่อไปนี้ใช้กับลำดับอาการดีขึ้นหรือไม่: จากอวัยวะที่มีความสำคัญมากกว่าไปยังอวัยวะที่มีความสำคัญน้อยกว่า จากลึกออกไปที่ผิวของแต่ละบุคคล และจากด้านบน ลง	1	0	0	1
7. “อาการเก่า” (หมายถึงอาการที่ไม่เป็นไปตามฤดูกาลและไม่เป็นวัฏจักรซึ่งก่อนหน้านี้คิดว่าจะได้รับแก้ไขแล้ว) ปรากฏขึ้นอีกครั้งชั่วคราวระหว่างการรักษามีการดีขึ้นหรือไม่	1	0	0	1
8. มีสาเหตุอื่น (นอกเหนือจากยา) ที่มีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดอาการดีขึ้นหรือไม่? (พิจารณาถึงโรคที่ทราบ รูปแบบการรักษายื่น ๆ และการแทรกแซงทางคลินิกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)	-3	1	0	1
9. การดีขึ้นของสุขภาพได้รับการยืนยันจากหลักฐานที่เป็นรูปธรรมหรือไม่? (ในกรณีนี้คือ MRI)	2	0	0	2
10. หากดำเนินการรักษา เข้าได้ทำ เกิดการดีขึ้นทางคลินิกที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	1	0	0	1
รวม				12

ภาพที่ 4. ทิศทางของการหายตามที่เห็นในรายงาน MRI



การอภิปราย

ในกรณีของ SM ที่มี CM ประเภท 1 การบำบัดด้วยโสมิโอพาทีย์เฉพาะบุคคลแนวตั้งเดิมนั้นมีประโยชน์ ตามที่เห็นดีขึ้นใน MRI และเห็นได้ชัดว่าความละเอียดสมบูรณ์ของ syrinx ชัดเจน อาการและอาการทางคลินิกของ SM ดีขึ้นพร้อมกับความวิตกกังวลที่เรื้อรังทุกข์ทรมาน ความจำ ผิวหนังอักเสบ และผิวหนังของเรอดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การคิดเชื่อก่อนที่มีไข้สูงบ่อยครั้งจะค่อยๆลดลงหลังการรักษา คะแนนเชิงสาเหตุในเกณฑ์ Naranjo ที่ปรับเปลี่ยนในการประเมินการระบุแหล่งที่มาของผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการแทรกแซงด้วยโสมิโอพาทีย์คือ 12 (ตารางที่ 2)

ทฤษฎีระดับขั้นสูงภาพ¹³ อธิบายว่าผู้ป่วยที่กลับมาพร้อมกับ “ระดับสุขภาพ” ที่สูง โดยทั่วไปแล้วจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีแม้จะมีการวินิจฉัยที่เลวร้ายก็ตาม ทฤษฎีนี้ให้วิธีการที่เป็นรูปธรรมในการจัดหมวดหมู่ระดับสุขภาพของผู้ป่วย แม้จะมีอาการทางระบบประสาทเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยของเราที่มีไข้สูงในช่วงมีอาการเฉียบพลัน

ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าเธอมีสุขภาพที่ดีขึ้นและการพยากรณ์โรคที่ดี ด้วยเหตุนี้ การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างลึกซึ้งได้รับการชื่นชมในการติดตามผล

งานสร้างสรรค์นี้ 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 และแจกจ่ายโดยไม่ได้รับอนุญาตเพิ่มเติม โดยมีเงื่อนไขว่างานต้นฉบับนั้นมาจากที่ระบุไว้ใน SAGE และ Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

และการดำเนินโรคของเธอไปในทิศทางที่ถูกต้องตามกฎของโฮมิโอพาธี (รูปที่ 4)

การดำเนินโรคของเธอจากพยาธิวิทยาเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับไขสันหลัง (ระบบประสาท) ไปสู่พยาธิวิทยาเกี่ยวกับกระดูกสันหลังเป็นส่วนใหญ่ (ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก) กล่าวคือ จาก SM ไปจนถึงโรคข้อกระดูกสันหลัง แม้ว่าสิ่งนี้อาจยังคงรบกวนผู้ป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่ข้อจำกัดนั้นเป็นเพียงผิวเผินกว่ามาก ผลกระทบนี้แสดงให้เห็นในกรณีอื่นๆ ที่มีพยาธิสภาพร้ายแรง โดยสามารถกระตุ้นให้เกิดใช้สูงร่วมด้วยในระหว่างการติดเชื้อเฉียบพลันได้¹⁴ อย่างไรก็ตาม การตอบสนองดังกล่าวอาจไม่คาดหวังได้ในทุกกรณี

ตำรับยาโฮมิโอพาธี *Causticum hahnemanni* ได้ถูกระบุใช้ในสภาวะทางระบบประสาทเชิงลึก ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และปัญหาด้านความจำ¹² การบำบัดด้วยโฮมิโอพาธีแนวตั้งเดิมก่อนหน้านี้แสดงผลทางคลินิกในโรคเชิงลึก¹⁴ แต่ผลกระทบของ *Causticum* นั้นมีจำกัดในวรรณกรรมที่ได้ตีพิมพ์แล้ว

ข้อจำกัดคือการไม่สามารถแสดงผลทางเภสัชวิทยาใดๆ ของการรักษาได้ เนื่องจากโฮมิโอพาธีไม่ได้ทำงานในสสาร แต่ส่งผลกระทบต่อพลังงานของร่างกาย¹⁵ มุมมองที่ยังไม่ได้แสดงให้เห็นในการทดลอง นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ยากในการดีขึ้นได้เอง ดังที่เห็นในกรณีที่พบไม่บ่อยของ SM ที่มี CM,⁹ ซึ่งไม่น่าเป็นไปได้เนื่องจากกรณีของเราอยู่ในการดำเนินพยาธิวิทยาที่ลุกลามในขณะที่รับคำปรึกษาทางโฮมิโอพาธี

บทสรุป

กรณีของ SM ที่มีความผิดปกติของสมองน้อยข้อย Arnold-Chiari ประเภท 1 นี้ได้รับประโยชน์จากโฮมิโอพาธีแนวตั้งเดิมเฉพาะบุคคล ดังที่เห็นในรายงาน MRI และอาการและอาการทางคลินิกได้รับการยอมรับว่าดีขึ้น สำหรับกรณี SM มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ ถึงแนวทางการรักษาที่เป็นรายบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณ Aishwarya Madhusudhan สำหรับการสนับสนุนทางเทคนิค

บทบาทของผู้นิพนธ์

เอลีนา รูดาโกวา เป็นแพทย์หลักที่รักษาผู้ป่วย และได้รับและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ SM วิเคราะห์ข้อมูล เขียนต้นฉบับ และได้รับข้อมูลอ้างอิง จอร์จ วิฐุทธ์ เป็นผู้ชี้แนะ ผู้อนุมัติขั้นสุดท้าย และผู้รับประกันผลงาน ผู้นิพนธ์ทุกคนได้อ่านและอนุมัติต้นฉบับฉบับสุดท้ายแล้ว

คำแถลงจริยธรรม

ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยในการเผยแพร่รายงานผู้ป่วยนี้และรูปภาพประกอบใดๆ

คำประกาศเรื่องผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกัน

ผู้นิพนธ์ประกาศว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เงินทุน

ผู้เขียนไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการวิจัย การประพันธ์ และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

ORCID iD : สีมา มาเฮส

อ้างอิง

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

1. Klimov VS, Gulay YS, Evsyukov AV, et al. Syringosub- arachnoid shunting in treatment of syringomyelia: A literature review and a clinical case report. Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko 2017; 81(3): 58–65.
2. Zuev AA, Pedyash NV, Epifanov DS, et al. Results of surgi- cal treatment of syringomyelia associated with Chiari I malfor- mation. An analysis of 125 cases. Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko 2016; 80(1): 27–34.
3. Borisova N, Valikova I, and Kutchaeva G. Syringomyelia. Moscow: Meditsina 1989: 5–150.
4. Bogdanov E and Mendelevich E. Syrinx size and duration of symptoms predict the pace of progressive myelopathy: Retrospective analysis of 103 unoperated cases with craniocer- vical junction malformations and syringomyelia. Clin Neurol Neurosurg 2002; 104(2): 90–97.
5. Ślusarz K, Wierzbiński K, and Adamczyk-Sowa M. Shoulder pain as one of the symptoms of syringomyelia. J. Educ. Health 2019; 9(9) 748–761.
6. Milhorat TH. Classification of syringomyelia. Neurosurg Focus 2000 March; 8(3): 1.
7. Klekamp J. How should syringomyelia be defined and diag- nosed? World Neurosurg 2018 March; 111: e729–e45.
8. Mueller DM and Oro' JJ. Prospective analysis of presenting symptoms among 265 patients with radiographic evidence of chiari malformation type I with or without syringomyelia. J Am Acad Nurse Pract 2004; 16(3): 134–138.
9. Yuan C, Yao Q, Zhang C, et al. Spontaneous resolution of syrin- gomyelia with a 16-year serial magnetic resonance imaging fol- low-Up: A case report and literature review. World Neurosurg 2019 October; 130: 432–438.
10. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.
11. Al-Shatoury HAH, Galhom AA, and Luzzio C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), *Syringomyelia*. New York: WebMD LLC, 2017.
12. Vithoulkas G. *Materia medica viva*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.
13. Vithoulkas G. *Levels of health (3rd revised edition)*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.
14. Mahesh S, Mallappa M, and Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. Complement Med Res 2018; 25(2): 117–121.
15. Vithoulkas G and Berghian-Grosan C. The spin of electrons and the proof for the action of homeopathic remedies. J Med Life 2020 July–September; 13(3): 278–282.