المانغانوم الهوميوباثية في إدارة صداع ما بعد ثقب الجافية، سلسلة حالات

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

Ekaterina Ivanenko[1], Amritha Belagaje[2], Seema Mahesh[2] and George Vithoulkas[3]

[1]Surgical Clinic of Peoples Friendship University (PFU), Moscow, Russia. [2]Centre For Classical Homeopathy, Bengaluru, Karnataka, India. [3]University of the Aegean, Mytilene, Greece.

DeCIARATIon oF ConFIICTIng InTeReSTS: The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

ملخص: الصداع بعد ثقب الجافية (PDPH) هو حالة وظيفية ناجمة عن اضطراب الغشاء الجافوي مع انخفاض ضغط السائل النخاعي، مما يؤثر على 4٪ إلى 11٪ من المرضى الذين يخضعون لإجراءات يتم فيها ثقب القناة الشوكية بشكل متعمد. وله تأثير كبير على نوعية حياة المتضررين. نقدم هنا 12 حالة تم تشخيص إصابتها بـPDPH ، والتي لا تستجيب للعلاج المعتاد، وتم علاجها بالمعالجة الهوميوباثية الكلاسيكية. وأظهرت تسع حالات من أصل 12 حالة شفاء تام، فيما أظهرت الحالات الثلاث المتبقية تحسنا جزئيا. وقد أكد المؤلف على أهمية الوصفات الطبية المبنية على علم الأمراض في تعاليمه وكذلك أهمية تقدير علم الأمراض كما تم التأكيد عليه في أدبيات المعالجة الهوميوباثية. ساعد العلاج الهوميوباث Manganum في تحسين 9 حالات من أصل 12 حالة، مع نتائج واعدة. هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات الخاضعة للرقابة لتحديد دور وآلية حل PDPH عن طريق المانغنوم الهوميوباثية.

الكلمات المفتاحية: المعالجة الهوميوباثية، الصداع بعد ثقب الجافية، التخدير الشوكي ملخص: الصداع بعد ثقب الجافية

ReCeIVeD: June 23, 2022. **ACCePTeD:** October 6, 2022.

TyPe: Case Series

FunDIng: The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

CoRReSPonDIng AuThoR: Seema Mahesh, Centre For Classical Homeopathy, No. 10, 6th Cross, Chandra Layout, Vijayanagar Bengaluru 560040, India. Email: bhatseema@hotmail.com

مقدمة

صداع ما بعد ثقب الجافية(PDPH) ، هو نوع موضعي من الصداع، يحدث نتيجة لتمزق غير مقصود في الأم الجافية للسحايا الشوكية أثناء التخدير أو ثقب العمود الفقري التشخيصي في الفضاء تحت العنكبوتية، مما يؤدي إلى تسرب السائل النخاعي وانخفاض ضغط السائل الدماغي الشوكي. 1 تقدر نسبة الإصابة ما بين 4.6% و11%، اعتمادًا على مجموعة المرضى التي تمت دراستها. 2 على الرغم من أن الآلية الدقيقة للتطور لا تزال مجهولة، إلا أنه من المفترض أن يؤدي فقدان تأثير التوسيد الطبيعي الذي يوفره السائل الدماغي الشوكي إلى تأثيرات *الجر، مما يعجل بالأعراض.1 تشمل الآليات المحتملة الأخرى التوسع المنعكس للأوعية السحائية أو التغيرات في الجهاز العصبي المركزي مما يسبب انخفاض ضغط الدم داخل الجمجمة.3

يتطور PDPH عادةً خلال 48 ساعة من الإجراء، مع حوالي 50٪ من الحالات يتم حلها ذاتيًا خلال 7 إلى 10 أيام. 4،1 في بعض الحالات، قد يستمر الصداع لعدة أشهر ويتطور إلى صداع مزمن. 5،1 تشمل عوامل الخطر المرتبطة بالمريض العمر والجنس، وإلى حد ما، يعد انخفاض مؤشر كتلة الجسم من عوامل الخطر. في المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة، بسبب ارتفاع الضغط داخل البطن، يكون تدرج الضغط بين الفضاء تحت الجافية وفوق الجافية أقل منه في المرضى الذين يعانون من انخفاض مؤشر كتلة الجسم. في النساء والمرضى الصغار، تكون مرونة الأم الجافية أعلى؛ ولذلك فإن خلل التمدد وفقدان السائل النخاعي يحدث إلى حد أكبر، مما يسبب الأعراض

يتميز PDPH بصداع وضعي شديد، إما أمامي أو قذالي، وحركة محدودة في العمود الفقري العنقي، مصحوبًا بالغثيان وفقدان السمع وضعف البصر مع انخفاض جميع الأعراض بشكل كبير عندما يستلقي المرضى أفقيًا6.

من المعروف أن أعراض PDPH تختفي تلقائيًا خلال أسبوعين في أكثر من 65% من الحالات. في الحالات التي تستمر فيها الأعراض، يعتمد العلاج المحافظ على المسكنات، والإماهة الفموية، والراحة، ومضيقات الأوعية الدماغية مثل الكافيين. تُستخدم أيضًا العلاجات التجريبية بما في ذلك الستيرويدات والميثيل زانتينات والتريبتان لتقليل شدة الألم.7 في حالة عدم فعالية التدابير العلاجية المذكورة أعلاه، تظل طريقة إعطاء الدم الذاتي فوق الجافية، والمعروفة باسم رقعة الدم فوق الجافية(EBP) ، هي المعيار الذهبي للعلاج لتقليل تسرب السائل الدماغي الشوكي. ومع ذلك، يعد هذا إجراءً جائرًا وله مخاطره الكامنة، ويتم البحث عن خيارات أفضل لاستبداله.9 هناك أيضًا أدلة تشير إلى فشل EBP في تخفيف PDPH.8
على الرغم من أنه لا يهدد الحياة، إلا أنه يمكن أن يكون مؤلمًا للمرضى ويقلل بشكل كبير من جودة حياة الأفراد المتأثرين به.3 قد توفر المعالجة الهوميوباثية الكلاسيكية خيارًا علاجيًا فعالًا في مثل هذه الحالة. المقالات الأكاديمية التي تتناول PDPH مع المعالجة الهوميوباثية نادرة. 10 نقدم سلسلة حالات من PDPH المعالجة بالمعالجة الهوميوباثية.

طُرق

تم اعتماد تصميم سلسلة الحالات بعد أن واجه المعالج الهوميوباث، وهو أيضًا طبيب تخدير، حالات PDPH التي قبلت العلاج الهوميوباث. تم تقييم المريضات عن طريق المقابلة السريرية من قبل الطبيب المعالج حول شدة الصداع أثناء متابعتهن. تم الحصول على جميع علاجات المعالجة الهوميوباثية من شركة Helios Homeopathy Ltd بالمملكة المتحدة وإعطاء جميعها بحجم 3 أقراص تحتوي على السكروز، وتم تناول 3 أقراص على اللسان كجرعة واحدة. لا يُسمح بالطعام أو الشراب لمدة 30 دقيقة قبل الجرعة وبعدها.

Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage).

سلسلة من الحالات

الحالة 1

في 12 فبراير 2018، خضعت سيدة تبلغ من العمر 30 عامًا لعملية قيصرية في حملها الأول في الأسبوع 39 بسبب انزياح المشيمة. أجريت العملية تحت التخدير النصفي (بوبيفاكايين 10 ملغ) دون أي مضاعفات. بعد ست ساعات من العملية، وأثناء محاولتها الجلوس، بدأت المريضة تشعر بصداع شديد، مصحوبًا بالغثيان والقيء، ولا يخففه القيء. وشعرت المريضة أن سطح السرير كان قاسيًا، إلا أن الصداع والأعراض المصاحبة له اختفت عند الاستلقاء. لم يكن العلاج التقليدي القياسي مفيدًا. تم أخذ ظهور الأعراض بعد الإجراء بعين الاعتبار كسبب، مع تكوين ورم دموي في موقع الندبة. بناءً على هذه الأعراض، تم إعطاء العلاج المثلي Arnica montana 30CH، وبعد ذلك انخفضت شدة الصداع قليلاً، وانحسرت الأعراض المصاحبة. وبما أن المريضة لم تكن في حالة أفضل تمامًا، فقد تم إعطاء Hypericum 30CH بناءً على حساسية المريضة للألم واحتمال إصابة العصب من إدارة التخدير الشوكي. انخفض الصداع بنسبة 40% دون تحسن كبير في صحتها العامة. عندما كانت المريضة تحت الملاحظة، كانت تحتاج إلى مسكنات إضافية. وفي نهاية فترة الأربعة أيام، استمر الصداع.

الحالة 2

خضعت سيدة تبلغ من العمر 46 عامًا لعملية رأب الفتق بسبب الفتق الإربي في الجانب الأيمن في 21 فبراير 2018. وكانت تعاني أيضًا من التهاب المرارة المزمن. تم إجراء العملية تحت التخدير النصفي (بوبيفاكايين 12.5 ملغ) دون أي مضاعفات. وبعد خمس ساعات من الإجراء، أصيبت بصداع ممزق وغثيان عند محاولتها الجلوس بشكل مستقيم، لكنه تراجع عندما استلقت. كانت المريضة سريعة الانفعال ولم توفر المسكنات الموصوفة لها أي راحة. وبالاستعلام تبين أنها لا تستطيع تحمل التناقضات، وتشعر بالقلق بشأن العمل، وكانت حساسة لتيار الهواء. تم وصف المعالجة المثلية Nux vomica 30CH. الصداع لم يتحسن بشكل ملحوظ. في وقت لاحق، تم وصف China officinalis 30CH بناءً على الأمراض الناجمة عن فقدان السوائل (فقدان السائل النخاعي) والتهيج. انخفض الصداع بنسبة 60%، كما انخفض الغثيان والتهيج، لكنها احتاجت إلى مسكنات. وفي نهاية الأربعة أيام، انخفض الصداع بنسبة 80% مع استخدام المسكنات.

الحالة 3

أجريت عملية جراحية لامرأة تبلغ من العمر 46 عامًا لكيس متقيح في غدة بارثولين في 21 مارس 2018. تم إجراء العملية تحت التخدير الشوكي (بوبيفاكايين 10 ملغ) دون أي مضاعفات. أصيبت المريضة بصداع منهك مع غثيان وقيء وعدم وضوح الرؤية بعد 5 ساعات من العملية، عندما بدأت في المشي. اشتكت من ضعف عام مع ارتعاش في الأطراف السفلية. تحسنت جميع الأعراض عند الاستلقاء وعادت للظهور عندما حاولت الجلوس. المسكنات والتسريب الملحي لم يحققوا تأثيرا ملحوظا. تم وصف العلاج الهوميوباثي Gelsemium 30CH بناءً على الأعراض. اختفى الغثيان والقيء وعدم وضوح الرؤية خلال 30 دقيقة من تناول العلاج. انخفض الصداع بنسبة 40٪ إلى 50٪. تم لاحقًا إعطاء Hypericum 30CH للصداع الذي لم يخفف الألم وبعد ذلك تم وصف المسكنات. وفي التقييم بعد 3 أيام، استمر

الحالة 4

خضعت سيدة تبلغ من العمر 36 عامًا وليس لها تاريخ من الأمراض المزمنة لعملية جراحية طارئة في 4 أغسطس 2018، بسبب إصابة مؤلمة في أوتار القدم اليمنى. تم إعطاؤها بوبيفاكايين 12.5 ملغ داخل القراب مع تأثير مسكن جيد. بعد خمس ساعات من الجراحة، وبعد استعادة الوظيفة الحركية للأطراف السفلية، نهضت المريضة من وضعية الاستلقاء. وفي غضون 15 دقيقة، شعرت بصداع تمزق شديد مع توطين في المناطق الأمامية والزمانية، مصحوبا بالغثيان وعدم وضوح الرؤية وتصلب الرقبة. واضطرت المرأة للعودة إلى السرير وفي الوضع الأفقي اختفى الصداع تماماً. وفي المحاولات اللاحقة للنهوض، كان الصداع ينتكس ويتفاقم. تم إعطاء المريضة محاليل بلورية ومسكنات غير مخدرة (إيبوبروفين) والكافيين. خلال 10 ساعات من العلاج لم يكن هناك ارتياح. ثم تم إعطاء المريضة المانجانوم 30 CH في محلول يُؤخذ كل 30 دقيقة. وبعد الجرعة الثانية انخفض الألم بشكل ملحوظ، وبعد الجرعة الرابعة توقف تماما. خلال اليومين التاليين، لم يتكرر الألم. كما لاحظت المريضة تحسنا ملحوظا في الحالة العامة وشفاء الشق الجراحي بشكل جيد. لقد خرجت الى المنزل مع توصيات بتكرار المانجنوم في حالة عودة الصداع. وفي الفحص السريري بعد شهر، ذكرت أن الصداع لم يتكرر.

الحالة 5

امرأة تبلغ من العمر 26 عامًا ولديها تاريخ من الدوالي خضعت لعملية استئصال الوريد تحت التخدير الشوكي (بوبيفاكايين 12.5 ملغ). على الرغم من أن مسار الجراحة والتخدير قد اكتمل دون أي مضاعفات، إلا أنه بعد 5.5 ساعة من الجراحة، أثناء محاولتها الجلوس في وضع مستقيم، أصيبت بصداع مصحوب بغثيان وقيء وشفع. تحسنت جميع الأعراض أثناء الاستلقاء على الظهر. تم إعطاؤها مسكنات غير مخدرة، وحقن الكافيين، وتسريب محلول بلوري، الأمر الذي لم يعطها راحة كبيرة. أعطيَت Manganum 30 CH ، جرعة واحدة. في غضون 2.5 ساعة بعد Manganum 30CH ، تم تخفيف الصداع والغثيان والقيء والشفع تماما. ولم تكن هناك انتكاسات بعد ذلك حتى خروجها.

الحالة 6

في عام 2016، خضعت امرأة تبلغ من العمر 34 عامًا لعملية قيصرية وقد أصيبت بـ PDPH والتعب، وتم علاجها تقليديًا دون أي تأثير ملحوظ. بعد سبعة أيام من العملية القيصرية، خرجت مع توصية بتناول المسكنات. خلال أول أسبوعين بعد العملية القيصرية، لم تتمكن المريضة من رعاية الطفل وعيش حياة طبيعية بسبب شدة الصداع. كما كانت المريضة تعاني من اضطرابات في الرضاعة مما يتطلب تطلب نقل الطفل إلى الرضاعة الصناعية.

وبعد عامين، في يونيو 2018، خضعت المريضة لعملية قيصرية مماثلة وكانت تحت التخدير العام - بوبيفاكايين 10 ملغ مع تأثير مسكن جيد. بعد ثماني ساعات من الجراحة، أثناء محاولتها الوقوف، أصيبت المريضة بصداع مماثل لذاك الذي عانت منه أثناء ولادتها القيصرية الأولى قبل عامين. وقد نصحت بتناول Manganum 30CHعلى فترات 30 دقيقة. بعد جرعتين من Manganum 30CH، توقف الصداع على الفور ولم يتكرر. علاوة على ذلك، لم يكن لديها أي مضاعفات وخرجت من المستشفى بحالة جيدة في اليوم الخامس بعد العملية القيصرية. تم التئام جرح ما بعد الجراحة بالقصد الأساسي ولم تكن هناك مشاكل في الرضاعة أيضًا.

الحالة 7

في سبتمبر 2018، خضعت امرأة تبلغ من العمر 40 عامًا مصابة بالتهاب المفاصل التالي لصدمة في مفصل الركبة اليمنى لتنظير المفصل تحت التخدير الشوكي (بوبيفاكايين 15 ملغ). تمت الجراحة والتخدير دون مضاعفات. وبعد أربع ساعات من العملية أصيبت المريضة بصداع شديد أثناء محاولتها النهوض من السرير. وكان الصداع مصحوبا بالغثيان وتوتر عضلات الرقبة. وكانت الأعراض غائبة عندما كانت المريضة تستلقي أفقيا ولم تتحرك. لم يعط العلاج التقليدي بالمسكنات غير المخدرة، والحقن الملحي أي راحة. تم إعطاء المريضةالعلاج الهوميوباثي

Manganum 30CH.

مباشرة بعد تناولManganum ، شعرت بارتياح كبير، وبعد ساعتين، تم تخفيف الصداع تماما، و(كان المريض قادرا)(كانت المريضة قادرة) على (الاستيقاظ)(النهوض). وبعد 3 أيام، خرجت من المستشفى دون شكاوى من الصداع.

الحالة 8

في نوفمبر 2018، خضعت امرأة تبلغ من العمر 28 عامًا لعملية تركيب عظمي معدني للعظام، بسبب كسر مغلق غير قابل للشفاء في الساق اليسرى. تم إجراء العملية تحت التخدير النخاعي (بوبيفاكايين 12.5 ملغم شوكي). وبعد عشر ساعات من الجراحة، حاولت المريضة الجلوس في السرير، فشعرت بصداع شديد مع غثيان، وعدة نوبات من القيء وتوتر في عضلات الرقبة. اختفى الصداع والأعراض المصاحبة له في كل مرة استلقت فيها. العلاج التقليدي بالمسكنات ومستحضرات الكافيين لم يريح المريضة. جرعة واحدة من Manganum 30CH وفرت راحة فورية تقريبًا. وبعد 3 ساعات اختفت جميع الأعراض. لم تكن هناك شكاوى من الصداع أثناء خروجها بعد 3 أيام.

الحالة 9

سيدة تبلغ من العمر 39 عامًا تعاني من تشوه في القدم اليمنى، خضعت لعملية جراحية ترميمية للقدم اليمنى في ديسمبر 2018. تم إجراء العملية الجراحية تحت التخدير النخاعي (Bupivacaine15mg) دون أي مضاعفات. وبعد أربع ساعات من العملية أصيبت المريضة بصداع شديد مصحوب بالغثيان أثناء محاولتها الجلوس بشكل مستقيم. وصفت لها المسكنات غير المخدرة والكافيين والمحلول الملحي، ولاحظت تحسنًا بنسبة 20٪ تقريبًا. عندما لم تهدأ الأعراض أكثر، تم إعطاؤها المانجوم CH30، وانخفض الصداع بنسبة 90٪ في أول 1.5 ساعة من تناول العلاج. علاوة على ذلك، لاحظت أيضًا تخفيف الألم في موقع الجراحة. وفي المتابعة خلال اليومين التاليين، لم يتكرر الصداع.

الحالة 10

في فبراير 2019، خضعت سيدة تبلغ من العمر 33 عامًا لتنظير مفصل الركبة اليسرى لعلاج التهاب المفاصل التالي للصدمة. تم إجراء العملية الجراحية تحت التخدير النخاعي (بوبيفاكايين 10 ملغ). وبعد خمس ساعات من الجراحة، عندما نهضت المريضة من السرير، عانت من صداع شديد وغثيان، اختفى بمجرد الاستلقاء. العلاجات التقليدية مثل المسكنات غير المخدرة والحقن الملحية والسوماتريبتان 50 ملغ لم تخفف من الصداع. ثم تم إعطاؤها.Manganum 30CH وبعد ساعتين من العلاج، تم حل الصداع تمامًا. وبعد 3 أيام، خرجت من المستشفى دون أي شكوى من الصداع.

الحالة 11

امرأة تبلغ من العمر 37 عامًا في فترة الحمل الطبيعي الكاملة خضعت لعملية قيصرية تحت التخدير النخاعي (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)، بسبب الوضع غير الصحيح للجنين. لم تكن هناك مضاعفات أثناء الجراحة. وبعد ست ساعات من العملية، عندما نهضت المريضة لإطعام طفلها، أصيبت بصداع شديد مصحوب بغثيان وقيء. توقفت الشكاوى عند الاستلقاء على الظهر. تلقت علاجًا تقليديًا بالتسريب الملحي والمسكنات غير المخدرة، لكن تأثير هذا العلاج كان ضئيلًا، وانتكس الصداع عند الجلوس في وضع مستقيم. تم وصف مانجانوم CH 30لها وعلى الفور انخفضت شدة الصداع بنسبة 60%. وبعد ست ساعات، اختفى الصداع تمامًا. وفي اليوم الرابع بعد العملية القيصرية، خرجت مع تحسن عام في الصحة ولم يحدث أي انتكاس للصداع.

الحالة 12

في 19 مارس 2019، اختارت امرأة تبلغ من العمر 34 عامًا وكانت في الأسبوع الأربعين من الحمل الطبيعي، إجراء عملية قيصرية نظرًا لسنها وتفضيلها ذلك. وتحت التخدير النخاعي (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)، خضعت بنجاح لعملية جراحية غير معقدة. وبعد خمس ساعات من الجراحة، أصيبت بصداع شديد عند اتخاذها وضعية مستقيمة، وكان الصداع مصحوبًا بغثيان وتيبس في الرقبة. تم إعطاؤها محلول ملحي ومسكنات غير مخدرة، ولم تجد أي راحة. ثم تم وصف المانجانوم لها CH, 30انخفضت شدة الألم بنسبة 80% بعد العلاج، كما انخفض الألم في موقع الجراحة أيضًا. وفي غضون 5 ساعات من بدء استخدام المانجنوم، اختفى الصداع تمامًا. وفي اليوم الرابع، عادت المرأة إلى المنزل دون شكاوى من الصداع مع إرضاع جيد.

نتائج

تم قبول اثنتي عشرة مريضة مصابة بـPDPH ، تتراوح أعمارهن بين 24 إلى 46 عامًا (متوسط العمر: 34.25 عامًا) لتلقي العلاج الهوميوباثي. يبين الجدول 1 خصائص المشاركات.
كانت الشكوى الرئيسية المقدمة في جميع الحالات هي الصداع الشديد الذي حدث بعد ثقب العمود الفقري. وكانت الآلام منتشرة، وضاغطة، ومطلقة، ونابضة، وتنتشر عادة على طول الجزء الخلفي من الرقبة، مصحوبة بغثيان شديد. وفي حالتين كان الألم مصحوبا بضعف البصر. اشتكت جميع المريضات من أن الأعراض تتفاقم بشكل ملحوظ عند الوقوف أو الجلوس بشكل مستقيم من الوضع الأفقي وتتحسن عند الاستلقاء. تم وصف العلاجات المثلية للمريضات الثلاثة الأوائل وفقًا لتكرار أعراض الصداع، مع الأخذ في الاعتبار طبيعته وطرائقه في كل حالة على حدة، وتم وصف أرنيكا، وجيلسيميوم، وهيبيريكوم، ونوكس فوميكا، وتشاينا أوفيسيناليس وفقًا للمؤشرات في هذه الحالات. انخفض الصداع جزئيا فقط مع عدم وجود تحسن كبير في الحالة العامة للمريضة. تم وصف علاج Manganumللمريضات التسع التاليات. وقد استند هذا إلى وصف خبير المعالجة المثلية، جيه تي كينت، لخصائص هذا العلاج، قائلاً: "الجزء الأكثر إثارة للدهشة على الإطلاق هو كيفية حصوله على الراحة. يستلقي المريض ويمر كل شيء. ولا تجد ذلك في كل دواء. وهذا أمر نادر وغريب ومميز. ومع ذلك، انظر إلى مدى عموميته، فهو يحدد طبيعة الرجل المريض بأكملها. . . فالمانغنوم علاج رائع للنساء طريحات الفراش اللاتي يرغبن في الاستلقاء بهدوء.»11 لاحظت المريضات تحسنًا كاملاً في الأعراض في متوسط
2.9 ساعة من بدء علاج المانجنوم (1.5- 6 ساعات) (الجدول 1).
كما تحسنت الحالة العامة، ولم يلاحظن أية أحداث سلبية.

مناقشة

لقد كان تطوير وإتقان طرق التخدير العصبي مرتبطًا دائمًا ارتباطًا وثيقًا بالنضال من أجل تقليل تواتر PDPH.12 على الرغم من التقدم الملموس في تطوير الأدوية والإبر الأقل (تدخلاً)(جورا) لمعالجة التواتر أو التكرار، فإنه من غير الممكن القضاء على.PDPH
في السلسلة المقدمة، تم وصف الحالات الثلاث الأولى بناءً على طبيعة الصداع ومجمله
و أعراض كل حالة على حدة. وقد وفر هذا قدرًا من الراحة دون فائدة كبيرة في الحالة العامة للمريضات. تم وصف المانغنوم في الحالات التسع اللاحقة، ولم يقتصر الأمر على تحسين الأعراض فحسب، بل أدى إلى حل كامل خلال فترة زمنية قصيرة، دون أي انتكاسة. لقد أكد المؤلف في وقت سابق على أهمية الوصفات الطبية المبنية على علم الأمراض، في تعاليمه، كاستراتيجية وصفية. وقد أكد كينت على أهمية تقدير علم الأمراض أيضًا. في بعض الحالات، لم يؤد الاستلقاء الى تقليل الأعراض فحسب وبل أدى أيضًا إلى تحسن الحالة العامة للكائن بأكمله. على الرغم من وجوده بشكل شائع فيPDPH ، إلا أن هذا العرض يظهر كعنصر رئيسي مميز في إثباتات العلاج المثلي Manganum والذي أدى عند تطبيقه إلى التأثير المرغوب. تظهر المراجعات حول علاج PDPH أن العلاج التقليدي، رغم أنه واعد، يترك الكثير مما هو مرغوب فيه، خاصة من حيث الفعالية وسهولة الاستخدام. 8 هناك ندرة في المبادئ التوجيهية لعلاجPDPH ، مما يؤدي إلى مجموعة متنوعة من (الرجال المحافظين في السن)(الإدارة المحافظة أو التحفظات) ، كون الأدلة على فعاليتها ضعيفة للغاية بحيث لا يمكن التوصية بها. 14 يبدو أن رقعة الدم فوق الجافية هي العلاج الأكثر فعالية للصداع الشديد حتى الآن، وهي تقنية جائرة لها مضاعفاتها الخاصة وميلها إلى الفشل. 7 في ما سبق من الحالات كان الصداع شديداً ويؤدي إلى عجز المريضات في مثل هذه الحالات، لم يقدم الكافيين والمسكنات التقليدية أي راحة خلال الفترة المتوقعة المعتادة. مع المعالجة الهوميوباثية، شوهد الحل في متوسط 2.9 ساعة، مما يشير إلى احتمال أكبر أن يكون الحل تأثيرًا للمانغنوم الهوميوباثي.

ومع ذلك، فمن الصعب حاليًا تقييم آلية التأثير العلاجي في حل هذه الحالة. علاوة على ذلك، سيكون من المفيد إجراء دراسة مقارنة في المستقبل بشأن النسبة المئوية للمرضى الذين يستجيبون للعلاج التقليدي والذين يستجيبون للمعالجة المثلية. يجب مقارنة الوقت اللازم لمثل هذه الاستجابة والفعالية لتحديد دور المعالجة المثلية في مثل هذه الحالات.
على الرغم من أن الاستجابة للمانغنوم في PDPH كانت مثيرة للاعجاب في سلسلة الحالات هذه، إلا أن عدد الحالات صغير ويفتقر إلى القوة. هناك حاجة لدراسات أكبر حجمًا ومزودة بالطاقة الكافية وخاضعة للرقابة لتحديد دور المانجنوم في علاج.PDPH

خاتمة

في الحالات المذكورة أعلاه، (استجاب)(استجابت) مرضى مريضات PDPHبشكل إيجابي للعلاج الهوميوباثيManganum ، الموصوف للأعراض الشائعة التي تمر بهن، أي تحسين جميع الشكاوى عند الاستلقاء. وفي نهاية العلاج، ظلت المريضات خاليات من الأعراض دون الحاجة إلى علاجات مساعدة. لم تكن هناك أحداث سلبية. بالنظر إلى كون هذا العرض المميز شائع فيPDPH ، هناك حاجة إلى إجراء تحقيق علمي فيما إذا كان المانغنوم الهوميوباثي قد يكون بديلاً فعالاً في حالات.PDPH

Table 1. Patient characteristics.

رقم الحالة	عمر	التشخيص مع الإجراء المتضمن والتخدير	الفترة الزمنية بعد التخدير لتطور PDPH(بالساعات)	العلاجات المُدارة	الفترة المستغرقة للحل (ساعات)	فترة المتابعة (أيام)	حصيلة
1	30	الحمل في الأسبوع 39، الولادة القيصرية – العمود الفقري (بوبيفاكايين 10 ملغ)	6	*Arnica montana* followed by *Hypericum*	16	4	تأثير جزئي
2	51	الفتق الإربي، بضع الفتق – العمود الفقري (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)	5	*Nux vomica* followed by *China officinalis*	21	4	تأثير جزئي
3	21	خراج غدة بارثولين، وخز الخراج الشوكي (بوبيفاكايين 10 ملغ)	5	*Gelsemium* followed by *Hypericum*	22	3	تأثير جزئي
4	36	إصابة وتر القدم، الجراحة التجميلية – العمود الفقري (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)	5	*Manganum*	2	3	تم الحل
5	26	الدوالي في الأطراف السفلية، استئصال الوريد – العمود الفقري (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)	6	*Manganum*	2.5	5	تم الحل
6	36	الحمل لمدة 40 أسبوعًا، عملية قيصرية - عام (بوبيفاكايين 10 ملغ)	8	*Manganum*	2	5	تم الحل
7	40	التهاب مفاصل الركبة، تنظير المفاصل – العمود الفقري (بوبيفاكايين 15 ملغ)	4	*Manganum*	2	3	تم الحل
8	28	كسر في الساق، تخليق العظم – العمود الفقري (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)	10	*Manganum*	3	7	تم الحل
9	39	الدوالي في الأطراف السفلية، استئصال الوريد الشوكي (بوبيفاكايين 15 ملغ)	4	*Manganum*	1.5	2	تم الحل
10	33	التهاب مفاصل الركبة، تنظير المفاصل – العمود الفقري (بوبيفاكايين 10 ملغ)	5	*Manganum*	2	3	تم الحل
11	37	الحمل في الأسبوع 40، الولادة القيصرية – العمود الفقري (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)	6	*Manganum*	6	4	تم الحل
12	34	الحمل في الأسبوع 40، الولادة القيصرية – العمود الفقري (بوبيفاكايين 12.5 ملغ)	5	*Manganum*	5	4	تم الحل

مساهمات الكاتب

كان EI هو طبيب التخدير الأساسي الذي أجرى العلاج وقام بجمع البيانات. تمت كتابة المخطوطة والمراجع بواسطة AB و SM. GV هو المشرف والضامن للعمل.

الموافقة على النشر

قدمت المريضات موافقة شفهية للعلاج والنشر.

أخلاق مهنية

غير قابل للتطبيق.

ORCID iD

Seema Mahesh https://orcid.org/0000-0002-4765-5595

المواد الاضافية

المواد التكميلية لهذه المقالة متاحة على الإنترنت.

REFERENCES

1. Kwak KH. Postdural puncture headache. *Korean J Anesthesiol*. 2017;70:136-143.
2. Weinrich J, von Heymann C, Henkelmann A, et al. Postpunktioneller Kopfschmerz nach rückenmarknahen Anästhesieverfahren: Inzidenz und Risikofaktoren. *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 Publish- ers; 2002.
12. Harrington BE. Postdural puncture headache and the development of the epi- dural 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.