

รายงานผู้ป่วย เด็กที่มีภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนจากการคลอด ที่รักษาด้วยมณีเวช

พนิดา จันทรังสิกุล^{*#}, นภดล นิงสานนท์[†]

^{*}กุมารเวชศาสตร์ รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

[†]กุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร 10400

[#]ผู้รับผิดชอบบทความ: pan.chan037@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนจากการคลอด (Brachial plexus birth palsy : BPBP) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในทารกคลอดคดไหล่ ที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อที่ได้รับผลกระทบกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยเฉพาะการใช้ส่วนของรยางค์บนด้านที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วยเด็ก 1 รายที่วินิจฉัยเป็น Erb's palsy ที่ได้รับการรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดตั้งแต่หลังคลอด และกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าในระยะต่อมา แต่ยังไม่สามารถใช้งานกล้ามเนื้อส่วนที่บาดเจ็บเมื่อผู้ปกครองเลือกใช้การฟื้นฟูด้วยศาสตร์มณีเวช ขณะอายุ 6 เดือน และติดตามการรักษาต่อเนื่อง พบว่ามีการฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อตั้งแต่ข้อไหล่จนถึงการใช้งานของแขนและนิ้วมือได้จนใกล้เคียงปกติในเวลา 4 ปี โดยเป็นการรักษาฟื้นฟูที่มีค่าใช้จ่ายน้อย โดยต้องอาศัยทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการรักษาด้วยมณีเวชและความร่วมมือของผู้ปกครองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

คำสำคัญ: บาดเจ็บแขนงประสาทแขน, ทารก, มณีเวช

Maneevej Therapy for Newborn Brachial Plexus Birth Palsy: A Case Report

Phanida Chantharangsikun^{*#}, Nophadol Ningsanond[†]

^{*} Pediatrician, National Health Security Office region 11, Surat Thani 84000, Thailand

[†] Pediatrician, Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok 10400, Thailand

[#] Corresponding author: pan.chan037@gmail.com

Abstract

Brachial plexus birth palsy is a serious complication of birth injury in newborns whose delivery involved shoulder dystocia and risk for medical prosecution due; and some patients do not fully recover from motor dysfunction especially in the upper extremities normally used for daily routines. We reported on one newborn female case with Erb's palsy who had received occupational and electrical stimulation therapies. As the 6-month-old patient was not able to recover from her motor dysfunction, her parents desired to get her treated with Maneevej therapy, a Thai traditional body balancing exercise technique. The patient was followed up monthly for structure imbalance correction with Maneevej and clinical re-evaluation. After 4 years of in-expensive Maneevej therapy, the patient's clinical conditions for shoulders, arms and fingers' functions improved to nearly full recovery. That has been achieved with trained/skilled medical personnel in the Maneevej therapy technique and cooperation of her parents in following medical advice.

Key words: brachial plexus birth palsy, newborns, Maneevej

บทนำ

ภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนจากการคลอด (Brachial plexus birth palsy: BPBP) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของรยางค์บนมีความรุนแรงตั้งแต่ไม่มากจนถึงพิการถาวรของแขน ทำให้เสี่ยงต่อการฟ้องร้องทางการแพทย์ อุบัติการณ์พบได้ 0.4 - 4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต^[1] รายงานในประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 0.5 - 2 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต^[2] BPBP ถูกบันทึกทางการแพทย์ครั้งแรกเป็นรายงานอาการทางคลินิกในปี ค.ศ. 1764 และมีการอธิบายพยาธิสภาพว่า เกิดจากแรงดึงที่ทำให้ Brachial plexus ได้รับความบาดเจ็บ ในศตวรรษที่ 19 พบปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อ BPBP คือ ทารกที่น้ำหนักมากกว่า 4,500 กรัม และการคลอดติดไหล่ ปัจจัยอื่นที่พบร่วมคือ การคลอดด้วยหัตถการ เช่น คีม เครื่องดูด

สุญญากาศ คลอดก่อนกำหนดที่ส่วนหน้าเป็นกัน หรือมีประวัติบุตรครรภ์ก่อนเป็น BPBP^[1,3] การบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนเกิดที่ตำแหน่ง C5-T1 ซึ่งเป็นส่วนที่ไปเลี้ยงรยางค์บน^[4,5] มีการจำแนก BPBP โดยอาศัยส่วนของแขนงที่ได้รับบาดเจ็บ และความรุนแรงของอาการที่สัมพันธ์กับตำแหน่ง Preganglionic และ Postganglionic ที่ฉีกขาด ชนิดที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80-90 ของ BPBP ทั้งหมด^[6] เป็น Upper plexus injury (Erb's palsy) มีพยาธิสภาพที่ระดับ C5-C6 (บางครั้งรวมถึง C7) กล้ามเนื้อที่ได้รับผลคือ กระเพาะ abductors, external rotators, extensors ของไหล่ และกลุ่ม flexors, supinators ของแขน ดังนั้น ไหล่ของทารกมักจะอยู่ในท่า adduction และ internal rotation ขณะข้อศอกจะอยู่ในท่า pronation และ extension (waiter's tip position) ส่วนอีก 2 ชนิด

คือ Lower plexus injury (Klumpke's palsy) เกิดจากพยาธิสภาพที่ระดับ C8-T1 พบร้อยละ 0.6^[7] ทารกจะมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกลุ่ม flexors ของข้อมือ และนิ้วรวมถึงมัดกล้ามเนื้อมือ (intrinsic hand muscles) ด้วย จะพบมี extension ของข้อ metacarpal-phalangeal joints และ flexion ของ proximal and distal interphalangeal joints (claw hand deformity) และสูญเสียการรับรู้สัมผัสที่แขนด้วย^[6] ส่วนชนิดสุดท้ายคือ total brachial plexus injury เป็นพยาธิสภาพที่ระดับ C5-T1 พบประมาณร้อยละ 10 พยากรณ์โรคกลุ่มนี้ไม่ดีนัก พบว่าร้อยละ 66 ของการบาดเจ็บเป็นชนิดถาวร^[8]

A Abid รวบรวมรายงาน BPBP ที่มีการฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์ มีถึงร้อยละ 75-95 รายงานที่พบการฟื้นตัวต่ำสุดอยู่ที่ร้อยละ 66 กลุ่มที่เสียการทำงานเล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 20-30 และกลุ่มพิการส่งผลต่อชีวิตประจำวันเป็นร้อยละ 10-15^[1] บางรายงานพบว่าการฟื้นตัวด้วยวิธีอนุรักษ์ โดยไม่ผ่าตัด สูงถึงร้อยละ 90 จนถึงรายงานที่ต่ำเพียงร้อยละ 30^[9-11] มีการพยายามรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ปี 1930 แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ปี 1960 ที่เริ่มมีการใช้ microsurgery ในผู้ใหญ่ ในปัจจุบันใช้การฟื้นฟูสภาพด้วยกิจกรรมบำบัด กระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า และการผ่าตัด^[1] Pondaag และคณะ ทบทวนรายงานและมีความเห็นว่าอุบัติการณ์ของที่ต้องผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 20-30^[9] พยากรณ์โรคใน BPBP ขึ้นกับอาการที่พบในครั้งแรก หากมี total paralysis, Horner syndrome และ diaphragmatic paralysis เป็นพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ผู้ป่วยที่มีการฟื้นสภาพของเส้นประสาท Mucocutaneous ที่เลี้ยงกล้ามเนื้อ Biceps ได้เร็วโดยเฉพาะใน 3 เดือนแรก มีพยากรณ์โรคที่ดี หากยังไม่มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ Biceps ภายใน 3 เดือน มีการแนะนำ

ให้เตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด^[1] ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์อย่างมาก แต่อุบัติการณ์ BPBP ยังไม่เปลี่ยนแปลง และทางเลือกในการรักษายังแตกต่างกัน ในรายงานครั้งนี้ผู้เขียนได้นำเสนอการติดตามผู้ป่วย BPBP ที่ได้รับการด้วยศาสตร์มณีเวชที่เป็นภูมิปัญญาโบราณของไทย จีน อินเดีย นำมาบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 6 เดือน เกิดเดือนมกราคม 2558 ภูมิลำเนา จังหวัดนครศรีธรรมราช นำหนักแรกคลอด 4,568 กรัม คลอดทางช่องคลอดและคลอดติดไหล่ มีภาวะขาดออกซิเจน ไม่สามารถยับแขนขาได้ ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อรักษาต่อในวันแรกที่คลอด อยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ 1 เดือน ได้ตรวจกล้ามเนื้อและเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า (electromyography) พบมีการบาดเจ็บของแขนประสาทแขน วินิจฉัยเป็น Erb's palsy ใน 1 เดือนแรกได้รับการฟื้นฟูจากนักกิจกรรมบำบัดต่อเนื่อง และเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้มาตามนัดเพื่อทำกิจกรรมบำบัดต่อเนื่อง 3 เดือน ในเดือนที่ 4 ได้รับการด้วยการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าต่อเนื่องวันเว้นวัน จนถึงอายุ 6 เดือน ในช่วงเวลาที่รักษา มารดาสังเกตว่าเด็กยังมีอาการกล้ามเนื้อแขนขวาอ่อนแรง และกล้ามเนื้อแขนขวาลีบเล็กกว่าแขนซ้ายสังเกตได้ชัดในเดือนที่ 2 หลังคลอด หากอยู่ในท่านอนหงาย สามารถยกแขนได้สูงเหนือลำตัวเล็กน้อย แต่ไม่สามารถกระดกข้อมือขวาได้ ไหล่ขวาอยู่ในท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านในลำตัว ในลักษณะ adduction และ internal rotation ข้อศอกจะอยู่ในท่า pronation และ extension (waiter's tip position) ตามภาพที่ 1 หากอุ้มเด็กอยู่ในท่านั่ง จะไม่สามารถยก



ภาพที่ 1 อายุ 3 เดือน waiter's tip position

แขนขาได้ ช่วงอายุ 3-6 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า ไม่สามารถพลิกตะแคงคว่ำ ขณะอยู่ในท่านั่งยังประคองศีรษะให้ตั้งตรงไม่ได้

เมื่ออายุ 6 เดือน มารดาได้ทราบข้อมูลเรื่องการฟื้นฟูโครงสร้างร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวช จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน จึงได้นำผู้ป่วยมาประเมิน รักษา และรับคำแนะนำการบริหารโครงสร้างร่างกายที่เสียสมดุลจากกุมารแพทย์ที่ผ่านการอบรมมณีเวชจากชมรมประสิทธิ์มณีเวช ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการตรวจร่างกายก่อนใช้มณีเวชขณะอายุ 6 เดือน พบดังนี้

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย ตรวจร่างกายทั่วไปขณะอยู่ในท่านอนผู้ป่วยไม่สามารถพลิกคว่ำพลิกหงายได้ ยกศีรษะได้เล็กน้อยในท่านอนคว่ำ เมื่อพุงตัวให้แน่น ลำตัวจะเอียงไปทางขวาไม่สามารถทรงตัวในท่านั่งได้ ใช้เฉพาะมือซ้ายเพื่อเอื้อมหยิบสิ่งของที่ใช้ทดสอบ กระดกข้อมือขวาไม่ได้ กำลังของที่ทดสอบด้วยมือขวาไม่ได้ ส่งเสียงในลำคอ และหันตามเสียงเรียกของมารดาได้ เมื่อตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกายพบว่ามี disuse atrophy of right arm and forearm โดยมีลักษณะของ adduction and internal rotation of right shoulder position ข้อศอกขวา มีลักษณะ pronation and extension หรือในท่า

waiter's tip position ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวไหล่ในลักษณะ abduction ไม่สามารถหมุนส่วนของ forearm ในลักษณะ external และ supination ได้ ไหล่ขวามีกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กและเคลื่อนไปด้านหน้าจากแนวลำตัวชัดเจน

หลังประเมินแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจ และตกลงใจรับการรักษาตามหลักการของมณีเวช ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำท่าทางอิริยาบถในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การปรับสมดุลโครงสร้างตาซังบนตาซังล่างและเข็มตาซังแบบมณีเวช ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ปรับสมดุลให้ รวมถึงผู้ปกครองต้องช่วยบริหารให้ผู้ป่วยทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์^[12-13] จึงเริ่มการรักษาด้วยมณีเวชขณะอายุ 6 เดือน ผู้ป่วยได้มาตามนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ทุก 1 - 2 เดือน จนอายุปัจจุบันขณะรายงานผู้ป่วยคือ 4 ปี 7 เดือน

ติดตามผลหลังการรักษาครั้งที่ 1 นาน 1 เดือน ผู้ปกครองได้ปรับท่าทางและอิริยาบถตามคำแนะนำ โดยหลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับด้านขวา ปรับหมอนหนุนให้เหมาะกับศีรษะ ผู้ปกครองช่วยบริหารโดยใช้มณีเวชสำหรับทารก คือ ท่านกบิน ท่าไม้แป้น ทำกรรเชียง ทำดอกบัวบาน และท่างูแมวเต่า^[14] โดยบริหารให้ท่าละ 5 ครั้ง วันละ 1 - 2 รอบ ภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยสามารถยกแขนและกางข้อไหล่ได้ กระดกข้อมือได้เกือบเป็นแนวตรง และงอข้อศอกจากเดิมที่อยู่ในท่า waiter's tip position ขยับนิ้วมือขวาได้และเริ่มกำลังของขนาดใหญ่ได้ กล้ามเนื้อแขนขวาเริ่มเพิ่มขนาดจากเดิมที่ลีบลง เริ่มพลิกหงายพลิกคว่ำ และนั่งโดยช่วยพุงลำตัวได้ ดังภาพที่ 2 ภายหลังที่เริ่มใช้มณีเวช และเห็นการเปลี่ยนแปลง มารดาจึงลดการไปกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า จากวันเว้นวัน เป็นเดือนละ 1 - 2 ครั้ง และหยุดการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าไปตอนอายุ 9 เดือน



ภาพที่ 2 ภายหลังการรักษาด้วยมณีเวชในครั้งที่ 1 ขณะอายุ 7 เดือน



ภาพที่ 3 หลังรักษาด้วยมณีเวชในครั้งที่ 3 ขณะอายุ 9 เดือน

ในครั้งที่ 3 ของการรักษา ที่อายุ 9 เดือน เป็นระยะที่รักษาด้วยมณีเวชเพียงอย่างเดียว พบว่าไหล่สองข้างลดความแตกต่างของขนาดกล้ามเนื้อรอบไหล่ และความสูงต่ำของสะบ้า นั่งได้เอง ยกแขนได้เกินระดับไหล่ ใช้มือขวาหยิบจับสิ่งของได้ กระดกข้อมือได้เต็มที่ เริ่มคืบ และยืนตัวจากท่านอนมานั่งได้ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 4 ภายหลังการรักษาด้วยมณีเวช ขณะอายุ 10 เดือน

ในครั้งที่ 4 ของการพบแพทย์ อายุ 10 เดือน ผู้ป่วยใช้มือขวาหยิบและกำสิ่งของได้ดีขึ้น เหยียดและงอศอกได้ดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถยืดศอกได้ตรง ยกแขนได้เกินระดับไหล่ในท่านั่ง แต่ยังไม่สามารถยกได้เหนือศีรษะ ดังภาพที่ 4

หลังจากอายุ 10 เดือน ผู้ป่วยได้มาตามนัดทุก 3-4 เดือน จนอายุ 2 ปี 2 เดือน ผู้ป่วยสามารถใช้แขนขวาได้ใกล้เคียงด้านซ้าย ปีนป่ายเก้าอี้และเตียงในห้องตรวจได้อย่างคล่องแคล่ว ยังคงเหลือองศาข้อศอกที่ยังเหยียดได้ไม่สุด ในช่วงอายุนี้นี้ พัฒนาการด้านความเข้าใจและการใช้ภาษา การช่วยเหลือตนเองและสังคม กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเคลื่อนไหวของร่างกาย (ยกเว้นการเหยียดข้อศอก) อยู่ในเกณฑ์สมวัยดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 หลังจากรักษาด้วยมณีเวชเป็นเวลา 20 เดือน (อายุ 2 ปี 2 เดือน)

หลังจากนั้น ผู้ปกครองได้ใช้การบริหารร่างกายตามคำแนะนำ และมาติดตามต่อเนื่องกับแพทย์ใน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี อีก 3 ครั้ง หลังจากนั้น อายุ 4 ปี จึงได้รับการรักษาด้วยมณีเวชต่อกับแพทย์ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเนื่องจากย้ายภูมิลำเนา ในปัจจุบันสามารถใช้งานแขนและมือด้านขวาได้อย่างปกติ ดังภาพที่ 6 ขณะมาตรวจตามนัดที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ภาพที่ 6 อายุ 4 ปี ขณะมาตรวจตามนัดที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ภาพที่ 7 การเคลื่อนไหวของร่างกายคืบคลานขว้างขวักหลังการรักษาด้วยมณีเวช อายุ 4 ปี 7 เดือน

ได้บันทึกภาพและขอภาพจากมารดาผู้ป่วย เพื่อประเมินการทำงานของข้อไหล่ ในท่าทางการเคลื่อนไหวที่อิงตาม Mallet scale^[15] ดังภาพที่ 7

บทวิจารณ์

การรักษาในการแพทย์ปัจจุบัน ผู้ป่วย BPBP ส่วนใหญ่มีการฟื้นฟูของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อได้ด้วยวิธีอนุรักษ์ พยากรณ์โรคที่ดีที่สุดพบในการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่เป็นลักษณะการซ้ำมีโอกาสรื้อฟื้นตัวได้สูงถึงร้อยละ 90 ในกรณีที่มีการบาดเจ็บ C7 ร่วมด้วย พบว่าร้อยละ 80 จะมีการฟื้นตัวที่ไม่ดี ในขณะที่ถ้ามีการบาดเจ็บของ C8, T1 จะมีพยากรณ์โรคแย่ที่สุด และสำหรับกลุ่มผู้ป่วย Erb's palsy และ

Extended Erb's palsy ไม่สามารถงอข้อศอกขึ้นเองได้ภายใน 3-6 เดือน เช่นเดียวกับผู้ป่วยในรายงานนี้เป็นพยากรณ์โรคที่ไม่ดี สมควรได้รับการผ่าตัด และร้อยละ 35 พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพของเส้นประสาทได้ภายใน 2 เดือนจะมีโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับข้อไหล่ยึดติดภายหลัง^[1-3] ในผู้ป่วยรายนี้ ได้ผ่านการรักษาแบบอนุรักษ์ ทำกิจกรรมบำบัดและกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าเป็นเวลา 6 เดือน แต่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขวาได้ รวมทั้งสังเกตว่ากล้ามเนื้อส่วนที่เกี่ยวข้องลีบเล็กลง ผู้ปกครองจึงตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยมณีเวช ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีการใช้งานแขนและมือขวาในชีวิตประจำวันได้เท่าเด็กในวัยเดียวกัน

มณีเวช เป็นชื่อที่ตั้งขึ้นเป็นเกียรติต่ออาจารย์ ประสิทธิ์ มณีจิระประการ ผู้คิดค้นพัฒนาภูมิปัญญาโบราณของไทย จีน อินเดีย และได้บูรณาการเข้ากับหลักวิชากายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) สรีรวิทยา (Physiology) ประสาทวิทยา (Neurology) และชีวเคมี (Biochemistry)^[14] หลักการของมณีเวชที่ใช้อธิบายในกลไกการบาดเจ็บจากการคลอดติดไหล่ มองพยาธิสภาพที่เกิดจากแรงดึงนั้น ส่งผลต่อโครงสร้างที่ประกอบเป็น shoulder girdle ทั้งหมด ที่มีกระดูกเป็นโครงสร้างหลักมีกล้ามเนื้อ เส้นประสาท หลอดเลือด ท่อน้ำเหลืองทั้งหมดที่มาเกาะเกี่ยวกับกระดูก หากการรักษามุ่งเน้นการฟื้นฟูตัวของเส้นประสาท จะไม่ได้แก้ไขการเสียระเบียบของกระดูกส่วนที่ถูกดึงรั้ง ซึ่งชักนำให้มีการเสียระเบียบของกระดูกชิ้นอื่นๆ ที่เชื่อมสัมพันธ์กันด้วยกล้ามเนื้อและเอ็นที่ดึงถึงกัน ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะส่วนปลายที่ขึ้นของกระดูกที่เสียระเบียบนั้น ไปรบกวนการไหลเวียนเลือด น้ำเหลือง และระบบประสาท (blood vessel, lymphatic drainage และ nervous system) ทำให้การทำงานที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ไม่สามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มที่ เมื่อนำมณีเวชมาใช้เพื่อการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจึงมีประเด็นสำคัญคือ ต้องสังเกตการเสียสมดุลของร่างกายทั้งหมด การซักประวัติเพื่อหาเหตุของการเสียสมดุล แนะนำให้ปรับอิริยาบถในชีวิตประจำวัน สอนการจัดอิริยาบถในการทากร หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บริหารร่างกายด้วยหลักการมณีเวช ประกอบด้วยท่าบริหารตาชั่งบน ท่าบริหารตาชั่งล่าง และเข้มตาชั่ง และสุดท้ายคือรักษาด้วยการปรับกระดูกที่เสียระเบียบ ส่วนนี้ใช้เฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมจากชมรมประสิทธิ์มณีเวชแล้ว จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเสียสมดุลมาก หรือในเด็กแรกคลอด เด็กเล็ก ที่ไม่

สามารถบริหารเองได้^[12] ซึ่งการปรับนี้อาศัยหลักการที่ว่า กระดูกทั้ง 206 ชิ้นเกี่ยวโยงเหมือนเส้นเชือก หากมีการเสียสมดุลแม้เพียงชิ้นเล็ก อาจส่งผลถึงการทำงานของร่างกายในส่วนอื่นได้ การปรับกระดูกที่เสียระเบียบต้องมองให้ออกว่าส่วนไหนที่ยังไม่สมดุล และปรับส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ได้ปรับเฉพาะไหล่หรือแขนที่ดูว่าเสียสมดุล การปรับในรายนี้จะเริ่มที่กระดูกสันหลัง ที่ถูกรั้งไปในด้านที่บาดเจ็บ แล้วจึงปรับที่ข้อไหล่ส่วนที่บาดเจ็บ ในองศาที่ค่อยเป็นค่อยไป และตามแนวของกายวิภาคศาสตร์ ตามทิศที่หมุนได้ไม่เกินจากแนวธรรมชาติของข้อนั้น ๆ^[13]

ในระยะแรก ผู้ปกครองต้องเข้าใจหลักการของมณีเวช มีการยินยอมให้รักษา ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการด้วยมณีเวช หลังจากเกิด BPBP แล้ว 6 เดือน ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูและความร่วมมือที่จะดูแลต่อที่บ้าน ด้วยการบริหารให้ผู้ป่วย เลื่อนนอนตะแคงและนอนคว่ำเพื่อลดการบิดของกระดูกสันหลัง ท่าอุ้มที่ต้องประคองให้ร่างกายมีสมดุลซ้ายขวา หลักเล็งการใช้รถตัดเดิน การบริหารท่าตาชั่งบน ตาชั่งล่าง และเข้มตาชั่งที่ประยุกต์มาจากท่าในการรักษาของอาจารย์ ประสิทธิ์ มณีจิระประการ และมาติดตามอาการตามนัดเพื่อปรับท่าบริหารให้สัมพันธ์กับส่วนของโครงสร้างที่ยังเสียระเบียบ รวมระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยรายนี้จนถึงเวลาที่รายงานผู้ป่วย 4 ปี 1 เดือน ใน 2 สถานพยาบาล พบว่าการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อตั้งแต่สะบัก ไหล่จนถึงนิ้วมือขวา ดีขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 6 เดือนแรก หลังจากนั้นยังคงเหลือส่วนของข้อศอกที่ยังยืดได้ไม่ถึง 180 องศา แต่ผู้ป่วยสามารถใช้แขนทั้งสองข้างทำกิจวัตรประจำวันได้เต็มที่ และเข้าเรียนได้ในชั้นเรียนปกติ ผู้รายงานเห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีการบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนจากการคลอดในกลุ่มที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน

ที่ได้รับการฟื้นฟูแบบบูรณาการร่วมกับศาสตร์มณีเวช กลุ่มที่ปฏิเสธการผ่าตัด หรือไม่ดีขึ้นด้วยการใช้วิธีรักษาอื่น ๆ แล้วเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสพ้นจากความพิการ

บทสรุป

การใช้มณีเวชในการฟื้นฟูเด็กที่มีภาวะบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนจากการคลอด เป็นการรักษาที่มีต้นทุนการแพทย์น้อย ในผู้ป่วยรายนี้ช่วยลดข้อขัดแย้งและการฟ้องร้องทางการแพทย์ โดยอาศัยความรู้ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมศาสตร์มณีเวช โดยมองที่การบาดเจ็บนั้นเกิดกับโครงสร้างที่ประกอบกันเป็นส่วนของคอและไหล่ ที่ดึงโครงสร้างส่วนอื่นไปด้วย ไม่ได้มองเฉพาะการบาดเจ็บที่แขนงประสาท โดยใช้ความรู้พื้นฐานด้านกายวิภาคศาสตร์และกลไกของการบาดเจ็บ สิ่งสำคัญคือความมุ่งมั่นที่จะรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความพิการถาวร การติดตามและรายงานผลผู้ป่วยรายนี้สรุปได้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะเป็น BPBP ที่มีพยาธิสภาพรุนแรง และเริ่มใช้มณีเวชในการฟื้นฟูหลังอายุ 6 เดือน ยังมีผลการรักษาที่น่าพอใจ พัฒนาการสมวัยและมีชีวิตประจำวันที่ปกติได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครองในการปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และบริหารให้ผู้ป่วยต่อเนื่อง จนกระทั่งส่วนของโครงสร้างร่างกายในยางค์ส่วนบนหรือคอข้างบน รวมแนวกระดูกสันหลังเข้าสู่สมดุล ส่งผลให้เส้นประสาท กล้ามเนื้อ ที่เคยได้รับบาดเจ็บสามารถกลับมาทำงานตามหน้าที่ได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระประการ ผู้ถ่ายทอดศาสตร์มณีเวช และอาจารย์ในชมรมประสิทธิ์

มณีเวช ได้แก่ นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี แพทย์หญิง กานดา วัชรสินธุ์ นายแพทย์นภดล นิงสานนท์ แพทย์หญิงสุทิน ครองอภิรดี นายแพทย์รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล อาจารย์อารีย์ รัตนสิทธิ์ (วิสัญญี พยาบาล) อาจารย์จำเนียร เรืองอุไร (แพทย์แผนไทย) ที่ถ่ายทอดความรู้และทักษะมณีเวช รวมทั้งมารดาของผู้ป่วยที่อนุญาตให้นำเสนอประวัติความเจ็บป่วยและภาพถ่ายของผู้ป่วยที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้

References

1. Abid A. Brachial plexus birth palsy: management during the first year of life. *Orthopaedics & Traumatology, Surgery & research* 2016; 102:S125-132.
2. Frade F, Gómez-Salgado J, Jacobsohn L, Florindo-Silva F. Rehabilitation of neonatal brachial plexus palsy: integrative literature review. *J Clin Med*. 2019;980:1-12.
3. Raducha JE, Cohen B, Blood T, Katarincic J. A review of brachial plexus birth palsy: injury and rehabilitation. *Rhode Island Medical Journal*. 2017;100:17-21.
4. Andersen J, Watt J, Olson J, Van Aerde J. Perinatal brachial plexus palsy. *Paediatrics & child health*. 2006;11(2):93-100.
5. Chen L, Gu YD, Hu SN, Xu JG, Xu L, Fu Y. Contralateral C7 transfer for the treatment of brachial plexus root avulsions in children: a report of 12 cases. *The Journal of hand surgery*. 2007;32(1):96-103.
6. Graham JM. Brachial plexus palsy. in: Graham JM, editor. *Smith's recognizable patterns of human deformation*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2007. p. 89-92.
7. Al-Qattan MM, Clarke HM, Curtis CG. Klumpke's birth palsy: does it really exist?. *J Hand Surg Br*. 1995;20(1):19-23.
8. Sjöberg I, Erichs K, Bjerre I. Cause and effect of obstetric (neonatal) brachial plexus palsy. *Acta Paediatr Scand*. 1988;77(3):357-64.
9. Pondaag W, Malessy M, van Dijk JG, Thomeer R. Natural history of obstetric brachial plexus palsy: A systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46:138-44.
10. Greenwald AG, Schute PC, Shiveley JL. Brachial plexus birth palsy: a 10-year report on the incidence and prog-

- nosis. *J Pediatr Orthop*. 1984;4:689-92.
11. Terzis JK, Papakostantinou KC. Management of obstetric brachial plexus palsy. *Hand Clin*. 1999;15:717-36.
 12. Ningsanond N, Huagspreugs K. Maneevej new paradigm in healthcare. Songkla: Neopoint(1995); 2017. (in Thai)
 13. Ningsanond N, Chirachanchai O. Maneevej textbook challenging knowledge in medical science. Phetchabun: DD Printing Phetchabun; 2017. (in Thai)
 14. Watcharasin K, Chantharangsikun P. Maneevej for body balancing and ethics development in Thai children. Surat Thani: Udomlarp printing; 2015. (in Thai)
 15. Nath RK, Somasundaram C, Melcher SE, Bala M, Wentz MJ. Arm rotated medially with supination-the ARMS variant: description of its surgical correction. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:32. doi: 10.1186/1471-2474-10-32.