

# Chulalongkorn Medical Journal

Volume 2  
Issue 1 March 1955

Article 9

3-1-1955

พสมพสาน

บรรณาธิการ n/a

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the Medicine and Health Sciences Commons

---

## Recommended Citation

n/a, บรรณาธิการ (1955) "พสมพสาน," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 2: Iss. 1, Article 9.  
DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.2.1.7>  
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol2/iss1/9>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

---

ພສນພສາຍ

# ຜສົມຜສ້ານ

ໂດຍ

## ປຣະນາມືກາຮ

### ກາຮຮັກຢາວັນໂຮຄຂອງປອດໃນສມັບຈຸບັນ

ຕາມຄວາມເຫັນທ່າງໆ ໄປແດ້ວ່າ ໄນວ່າກັນໄຮກຈະເປັນມາກັນອ້ອຍແກ້ໄຂນ ກາຮຮັກຢາກໃຊ້ສ່ວນມາກຄື່ອ ກາຮໃຫຍ້ P.A.S. 12 ກຣັມທ່ອ 1 ວັນ ຜຶ້ງເປັນຂານສູງສຸດໃນຄນ ໃຫ້ I.N.H. (Isoniacid hydrazide) 150-200 ມິດີ ກຣັມທ່ອ 1 ວັນ ຕ່ວນຢານື້ນຄົມ Streptomycin ອີ່ວີ Dihydrostreptomycin 1 ກຣັມ ພາທິຍ່ດະ 2 ກຣັງ ຫດັກຂອງກາຮໃຫຍ້ການໄໝຮວມກັນເຊີ້ນເພື່ອບອນການກາຮຕ້ານທານຂອງເຊົວກັນໂຮຄທ່ອຍາ ເທົ່າກໍສົດໄດ້ມອກເງາມາ 7-8 ນ ດັງແຕ່ເຮັ່ນໃຊ້ Streptomycin ຮັກຢາໂຮຄນມາພົນວ່າດ້າໃຫ້ Streptomycin ອ່າຍ່າງເຕີຍວານໆເຂົ້າເຊົວກັນໂຮຄເຖິກກາຮຕ້ານທານຢາ ດ້າໃຫ້ P.A.S. (1949) ແລະ I.N.C. (1952) ກວນກັນແດ້ວພວນວ່າກາຮຕ້ານທານຢາ ຂອງເຊົວກັນໂຮຄ ນ້ອຍໄປນາກ ຈຸດນຸ່ງໜ້າຍຂອງກາຮໃຫຍ້ເພື່ອໄທ້ “Therapeutic target point” ຄື່ອ

1. ທັງໄທ່ກາຮຄົງທີ່ ອີ່ວີແກ້ໄປ ແມ່ດິນໃນປອດ ໂດຍກາຮດໍາຍເອກະເຮີຍ ເປົ່າຍນເຫັນກັນເປັນຮະຍະໄປ

2. ແມ່ໂພງໃນປອດແກບເຂົ້າ ອີ່ວີຫຍ່ໄປ ຈະເຫັນໄດ້ຮັດຕ້ອງທໍາ Sectionradiog-

raphy (Tomgraphy, laminography, planography) ອີ່ນຈະເປັນວິທີທີ່ ເກື່ອງແພດໃນປອດ ບາງຄນເວີ່ກກາຮດໍາຍ X-rays ຂີ່ນີ້ວ່າ “Bloodless thoracotomy.”

3. ກາຮຕ້ານເຊື້ອໃນເສັນທະ ອີ່ວີຈາກນ້ຳຍອຍາຫາຮ ໄດ້ມດດບຈາກກາຮ culture ອີ່ວີຈົດເຂົ້າໄປໃນຫຼຸດເກາ

ຈະອາຄີຍອາກາຮຊູອງຄນໄໝ ເປັນເກຽງນ ບອກເງາວ່າຈະຄົງ target point ໄນໄດ້ ດັນນ ດົງຈະເຫັນວ່າ ເອກະເຮີຍຈີ່ນເປັນເກຽງນມື້ສຳຫຽນແພທຍ່ ທ່າງໆຕ້ອງອາຄີຍບໍ່ທຸກເວດາໃນກາຮຮັກຢາ ວັນໂຮຄຂອງປອດ ແດ້ເນື້ອເງາໃຫຍ້ານິ່ງຮະຍະ target point ແດ້ວ່າ ກວຈະໃຫຍ້ຕ່ອງໄປຢາ 4-6 ເດືອນ ສ່ວນຍາເຫດາບາງຄນແພ ກົດອົງກວວະເວັ່ນຢາ P.A.S. ຈະນໍາກາຮແພໄໝເຫັນກາຍດັງ 3-5 ພາທິຍ່ ຄົມໄໝ ຕົ່ນຄັນຕາມພິວຫັນ ມີກາຮອອນເພີ້ນຈຸນສ່ວນຢາ I.N.H. ສ່ວນນາກຈະນໍາກາຮທາງເສັນປະສາກຄົ່ນ ນອນໄມ່ແດບກະຮັບກະຮັດຕໍາຍ ກົດ້ານເຊີ້ນກະຮັດຕໍາ, ບາງຄນນໍາກາຮເປົ່າຍແປດີນແປດີນອັປິນຕີ້ຍ ອາຮນຢໄປ ແຕ່ດ້ານ ໄຂ້ນປະວັດ ວ່າ ເຄີຍ ຈັກ (Convulsion) ມາກົອນແລ້ວ ໄນ່ກວາໃຫ້

ຢាន ស៊ុន Streptomycin និង Dihydrostreptomycin មិនមែនបំផុតទៅត្រូវប្រាជសាតហត្ថលក្ខណៈ នៅក្នុងសំណងគឺ Streptomycin បែងជិតពី Vestibular nerve ស៊ុន Dihydrostreptomycin មិនមែនបានរាយពី Auditory nerve ភាគនៃខ្សោយកំណើនខាងមករា នៅក្នុងក្រឡាក់ និង Dihydrostreptomycin ពេរាប់គ្មាន នៅក្នុងវាទ់រៀង និង Vestibular nerve ត្រូវបានប្រាជសាតហត្ថលក្ខណៈដើម្បីបានការិយាល័យ។ Streptomycin.

1. การพักผ่อนในเตียง (Modified Bed rest) คือให้นอนพักการงุนนั่ง เว้น  
หนึ่ง 20 ชั่วโมงอย่างน้อยใน 4 หรือ 6 เดือน  
แรกของการรักษา ถึงแม้ในระยะ Minimal  
tuberculosis ถ้ามีการพักผ่อนได้เพียงพอ ก็  
ตามก็ยังมี relapse หรือแผลในปอดขยาย  
ออกไปได้ถึง 40 เปอร์เซนต์ ของจำนวนคนไข้

2. R.S. Mitchell, ແໜ້ງ Trudeau  
 Sanatorium ໄດ້ພຸດຍ໌ເກວານຄໍາຄົມຂອງກາຮຽນ  
 ກວນທາງກວະຈົດໃຊ້ອອກນິໄຊ ດ້ວຍໃຫ້ໃນ  
 ມີ Mental stress ແລະ Strain ແດ້ວອາການ  
 ຢູ່ຕະຫຼາມຢ່າງຮູບເງື່ອງ

จากการใช้ยารักษา และการอนุพัក  
จริงๆ แต่ชั่งแพทย์ทั่วไป (General practitioners) สามารถรักษาคนไข้วันโดยของ  
ปอดได้ทุกคน แต่ควรจะเป็นบัญหาเกิดขึ้นมา  
ว่า ในเวลาหรือระยะของโรคแค่ไหนเดาดี  
จะถูกให้แพทย์ผู้ชำนาญโดยฉะเพาะ คือที่เรียกว่า Phthisiologist และ Thoracic  
Surgeon. เพื่อทำ Collapse therapy,  
thoracoplasty, plombage, Segmental rese-  
tion Lobectomy, และ pneumonectomy.

## Collapse therapy គោរ

1. Pneumothorax ไส้เดือนเข้าซองเยื่อหุ้มปอด
  2. Pneumoperitoneum ไส้เดือนเข้าในช่องท้อง
  3. Thoracoplasty ตัดกระดูกซี่โครงและแต่ละข้อท่อนทั้งสองข้าง 7 หรือ 8 ข้อ
  4. Plombage คือการอัดไส้พวกรถูกปิงปอง (lucite balls), polyvinyl plastic sponge, และพวง Fiberglas.

ก. โดยการใช้ลม (atmospheric air) ได้เข้าในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือการอัดลมเข้าช่องท้อง อาจมากเร้าต่ำมารถทำให้ปอดแพบ (collapse) ได้มากกว่าข้อดัง แต่มีโรคแทรกมาก เช่น pleural effusion, empyema, มี cardiac และ pulmonary embarrassment ได้บ่อยๆ เกราไดส์ต์มเข้าช่องปอด, ก่อนนี้ยา Streptomycin พากแพทย์นิยมอัดลมเข้าช่องปอดกันมาก แต่มาในสมัยนั้นหันมาทำอัดลมเข้าช่องท้อง (pneumoperitoneum) ผลที่ได้จากการอัดลมเข้าช่องท้องนี้ ไม่สามารถถูกทำให้ปอดแพบได้มาก เพียงแต่ลดปริมาตรของปอด ลงไปอย่างมากได้ 30% ในขณะระะยะสุดของหายใจออกเบาๆ (The end of a quiet expiration)

(Wright) การอัดลมเข้าช่องท้อง เกราใช้ในรายที่มีค้อน (Smith และ Haas)

1. ผู้แพดโพรงท้องด้วยชั้งของปอด
2. เกราใช้ร่วมกับยา (chemotherapy) หรือการแพดโพรงนี้ไม่หายไปจาก การใช้ยา รักษามาก่อน, แพดโพรงในปอดจะเป็นชั้งเดียวกับชั้งของชั้งก่อภัย
3. ทำแบบไปก่อนจนกว่าคนไข้ดีขึ้น เพื่อจะทำ thoracoplasty หรือ resection ต่อไป

หากผลของการรักษาเบ็ดเตล็ดเที่ยบระหว่างการใช้ pneumoperitoneum ร่วมกับ chemotherapy 75 ราย และจากการใช้ chemotherapy อย่างเดียว 80 ราย ได้ผลคือ (นัดดา ศรีรักษ์)

Pneumoperitoneum		Chemotherapy	
	Chemotherapy (75 ราย)		(Strept+P.A.S.+I.N.H.) 80 ราย
ดีดี	73.3%		56.25%
เสื่อมระหว่างนี้	56.0%		42.0%

นี่เป็นผลแสดงให้เห็นว่า ถ้าใช้อัดลมเข้าช่องท้องร่วมกับยาเด็ก ได้ผลดีกว่าการใช้ยาอย่างเดียว

ข. การทำให้ปอดแพบ โดยการผ่าตัดคือ การตัดกระครานซ์โครงคงเหลือท่อนั่นที่ 7 หรือที่ 8 (Thoracoplasty) (หมาย

เหดู ขอให้ดูร่อง thoracoplasty ของนายแพทย์ต่านาน มัณฑารกัน) และการทำ Plombage คือ ยัดๆ ตุ๊กๆ ไม้กอความร้ายเคืองให้เกินปอดมาก เช่น lucite balls (ถุงปิงปองถูไซท์); filerglas และ Polyvinyl plastic-sponges เป็นต้น การทำ plombage ในส่วน

นั้นพยายามทำ extraperiosteal plombage มากกว่าอย่างอื่น (Extrapleural plombage) ใน 270 รายที่ทำ extraperiosteal plombage ปรากฏว่าได้ผลดีมาก แต่เต็มหัวมีผลบากอยู่เล็กน้อย (Woods และ Buente) การทำ Plombage ทำในรายที่เป็นแผลไฟร์งทั้งสองข้าง เพื่อบังกับ paradoxical respiration และจะทำ thoracoplasty ทั้งสองข้างไม่ได้ (ต้านมันตามภารณ์) สำหรับคนไข้ในเมืองเราที่มีอาชีพจะต้องทำงานหนัก ถ้ามีแผลไฟร์งในปอด ควรจะทำให้หายโดยเร็วที่สุดโดยการทำ Thoracoplasty กับการใช้ยาฆ่ารากว่า 1 ปี กันติกว่าจะทำ pneumoperitoneum มาก (ศรีะ ศรีสัมพันธ์).

การทำ Segmental resection of lung คือเดิมของการตัดส่วนปอดที่เป็นโรคออก, การตัดก้อนปอดของกังกอร์ (lobectomy), หรือการตัดปอดออกทั้งข้าง (pneumonectomy) กำลังได้รับความนิยมนิยมมากขึ้นในสมัยนี้ เครื่องปั๊มช่วยในการผ่าตัดปอดมีคงที่ (กษาน ชาติกุนช์).

1. การทำ Thoracoplasty ไม่ได้ผล
2. หดอคตันคับทัน
3. เนื้อปอดถูกทำตายลงมาก
4. ไฟร์งในปอดที่มีความกดดันสูง (Tension cavity) หรือไฟร์งใหญ่มาก

5. Tuberculoma หรือไฟร์งเบื้องไฟร์ง แต่ได้รับการรักษาทางยาจนหาย หรือคืนมาก (Closed necrotic lesion or Residual lesion).

6. หดอคตันไม่ป้องจากภัยโรค.

7. ภัยโรคของปอดในก้อนต่างๆ.

เฉพาะ Segmental resection นั้น ยังกันมากขึ้นในสมัยนี้ คือ ตัดเนื้อพังผืดปอด ทั้งที่เป็นโรคออก, Dr. Chamberlain รายงานคนไข้ 300 ราย ติดตามคนไข้มา 1-5 ปี พบร้อยละ 93.7% ยังมีชีวอยู่ แต่ส่วนใหญ่ อีก 3.3% ยังเป็นโรคตามเดิม และ 3% ตายตัว เนื้อพังผืดในรายที่มี Closed necrotic lesion จากการภายหลังรักษาทางยา โดยมีแผลไฟร์งอยู่ก่อนแล้ว กำลังถูกเก็บกันอยู่ว่า จะทำ resection ตัวหรือไม่ เพราะหากทำทิ้งแล้วก็อาจไป culture พบร่วมกับเชื้อ Tuberle bacilli ในทุกชิ้นอยู่ประมาณ 10-15% เท่านั้นยกตัวอย่าง Myriads of Tuberle bacilli on smear ที่ช่องที่ในแผลที่หายแล้ว. แต่ถ้ายังไก่ยังมีผู้นิยมทำ resection กันมากในราย เช่น, ท.ร.พ. ภันโรคคล่อง นนทบุรี นายแพทย์กษาน ชาติกุนช์ ได้รายงานการทำ pneumonectomy 6 ราย lobectomy 6 ราย ได้ผิดบากทางเต็มหัว 11 รายยังมีผลบากอีก 1

ราย ไม่มีราย ได้รับการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อทุกคน

ดังนั้นเห็นได้ว่า การรักษาต้นโรค ของปอดในส่วนนี้ เป็นภารกษาคงแต่การใช้ยาจนกระทั่งการตัดปอดออกทั้งชาม นอกจากจะยั่งหัวใจความร้ายแรงของโรคที่มีในคน ให้แก้ คนไข้จะหายดีทันที ก็ย่อมต้องอาศัยความร้อนรู้ของแพทย์ผู้รักษาเฉพาะในรายนี้ๆ ว่าควรจะใช้วิธีอะไร จึงจะดีที่สุดสำหรับคนไข้ จะใช้แต่เพียงยา\_ráksa กันถ่ายเดียว หรือทำ pneumoperitoneum ร่วมด้วยก็ตาม ถ้าเห็นว่าโรคยังไม่สงบหายไป เรายังอาจเป็นขั้นตอนการส่งให้ Surgeons เข้าทำ Thoracoplasty, ทำ Resection, หรือ lobectomy เนื่องจากจะเป็นการรักษาคนไข้ได้ไม่ไว่น้อย

### References

1. William M. Smith and Randall B. Haas. Post. Med. Sept. 1954.
2. นิตยา ศรีบารักษ์ ฯพณฯ ทางแพทย์ของแพทย์ต้าน癌 เดือน 37 ตอน 6 พฤษภาคม 2497
3. Wright G.W. et al. Am. Rev. Tuberc. 60:716 1949. (Cited by Smith และ Haas).
4. ศรีบารักษ์ ศรีสมพันธ์ (ต้อมกานะเป็นส่วนหนึ่ง)

5. กษาน พากก่อน ฯพณฯ ทางแพทย์ ของแพทย์ต้าน癌 เดือน 36 พฤษภาคม 2496

6. Chamberlain J.M. et al. J. thoracic surgery 26:471-485, 1953.

7. Woods F.M. et all Am. Rev. Tuberc. 68:902-911, 1953. (Cited by Donald King New. England Journal of Medicine 252:135-140. 1955)

8. Packard E.N. et al Am. Rev. Tuberc. 69:50, 1954.

9. Defriez A.I. et al. New England Journal of Medicine 250:39 1954

Lymphatic pathways ของ breast  
ที่ไม่ควรจะล้มเสียในขณะกำลังทำ Radical Mastectomy นอกเหนือไปจาก Halsted และ Willy Meyer's principles.  
คง

1. Gerota's pathway จาก Subareolar plexus of Sappey ไปตาม collecting trunk เข้า posterior layer ของ superficial fascia ของ breast และ abdominal wall เข้าที่ two epigastric nodes จางนจะเข้าไปที่ subdiaphragmatic nodes และ liver โดยผ่าน Linea alba และ Falciform ligament

2. Superficial descending abdominal pathway จาก subareolar plexus of

Sappey ຕີ່ posterior layer ຖິ່ນ superficial fascia ຖິ່ນ dreast ແລະ abdominal wall,  
ໃນຜ່ານ epigastric nodes.

### 3. Groszmann's pathway ۹۷۰

subareolar plexus of Sappey เป็น collecting trunk ผ่าน Breast tissue ผ่าน pectoralis fascia, ผ่านหงุด pectoralis major muscles ไปที่ Rotter's nodes มีอยู่ 2 nodes ซึ่งอยู่ระหว่าง Pectoralis major muscle และ pectoralis minor muscle (Interpectoral nodes) จาก Rotter's nodes จะไปเดินเข้าสู่ apical axillary nodes (Infraclavicular glands หรือ Halsted's nodes) อยู่ใต้ costocoracoid membrane.

( លោកស្រីការបណ្តុះបណ្តាល Groszmann's path -  
way និងបណ្តុះបណ្តាលការបរិភេទ និងការបរិភេទ និង  
រាយ និងភាពការបរិភេទ និងការបរិភេទ និង  
ក្រុងក្រាមការបរិភេទ និងការបរិភេទ និង  
ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើង )

#### 4. Internal Mammary pathway

၂၁၁ Subareolar plexus of Sappey ၂၁၁ collecting trunk ၂၁၃ medial quadrant of breast ၂၁၄ internal mammary vessels ၂၁၅ medial border of sternum ၂၁၆ intercostal spaces ၂ ၃, ၄, ၅ ၅ ၅

### 5. Substernal pathway හෙමධුන්ද

(4) ແຕ່ໄມ້ຜຸນ internal mammary nodes, ມະ

collecting trunk ໄປທ mediasternal nodes  
ໂຄຍຕຽງ ໂດຍຜ່ານ posterior layer ຂອງ superficial fascia ໄປເຫຼົກທາງ medial border ຂອງ sternum.

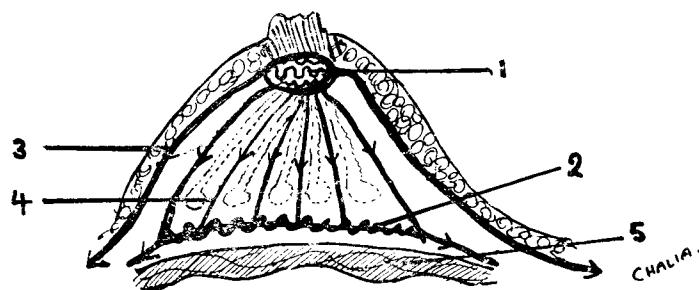
#### 6. Transmammary pathway

Lymphatic trunk ຖិបិទិកូតិយករងរាល់ខ្ពស់  
breast នៃ 2 ច៉ាង តិកូតិយកពុកាម posterior layer  
of superficial fascia ឯង អនីរិយភាព ខាងមុខ chest  
wall.

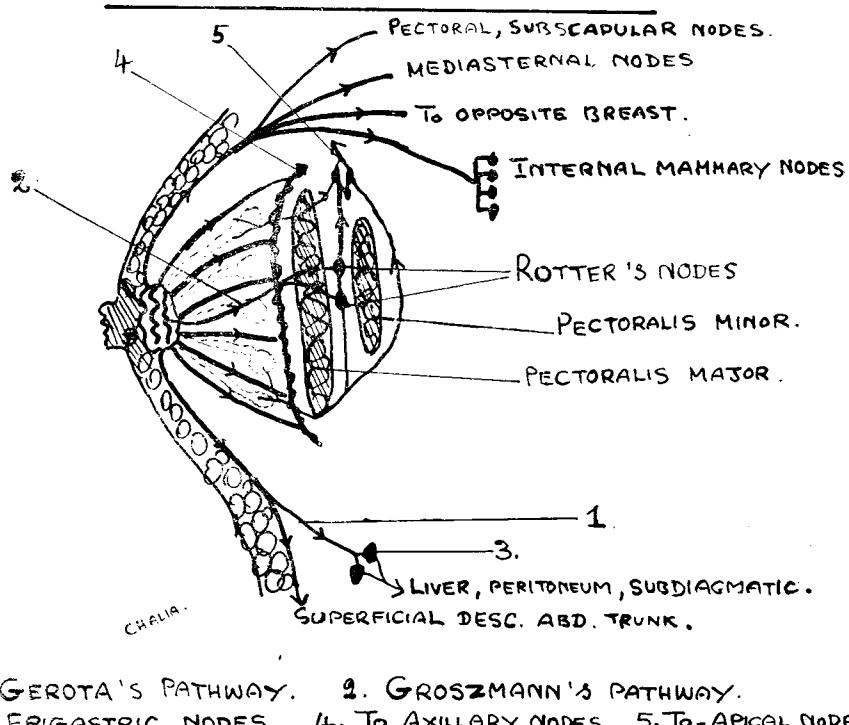
ນີ້ມີການດັວນຍິງມີທາງເຕີນຂອງ lymph  
ໄປທີ່ superficial axillary set ຄື່ອ anterior  
axillary set ມີ (pectoral, subscapular no-  
des), central axillary set (ຢູ່ໃນ fat ແລະ  
inner border ຂອງ axillary vein) ຈາກເຫຼົາ  
deep axillary set ຄື່ອຕານ lateral border  
ຂອງ axillary vein ໄປຈົດັ່ງ apical node  
(infraclavicular ທີ່ຮົອ Halsted's nodes) ແລ້ວ  
ເຫຼົາ deep cervical gland ພວກນິກທາງເຕີນຂອງ  
lymph ນີ້ແກ່ຕ່າງໆກ່າວໆ 6 ພວກແຮກ ຄື່ອນໍ  
collecting trunk ຈາກ subareolar plexus of  
Sappey ແລະ skin ຂອງ breast ທາງໜຶນ ແລະ  
ອົກທາງໜຶນໄປຈາກ Lymphatic plexus ຂອງ  
pectoralis fascia (Lymphatic lake of Stiles)  
ພວກນີ້ໄມ່ນໍາກາດ້າວໃຫ້ ນາກເພຣະນີ ຄົນຮັກຄົມ  
ເບີນສ່ວນນາກແດ້ ສ່ວນ ๑ ພວກແຮກທີ່ດ້າວແດ້  
ຂ້າງຕົນນັນທາງນຳນາກດ້າວໂດຍ ດະເໝີດ ເພື່ອເປັນ  
ເກົ່າອົງປະກອບໃນການທຳ Radical mastectomy

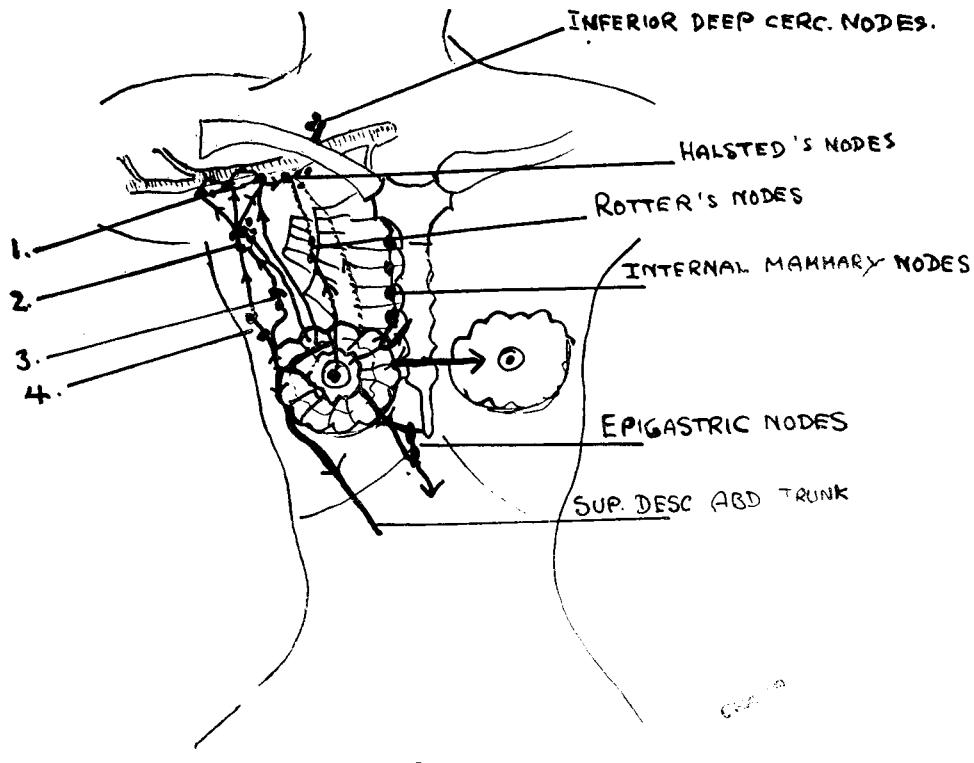
เพราระศัตยแพทย์ทุกๆ คนเร้าใจคิดถึง Halsted และ Willy Meyer's principles ในการผ่าตัด Radical Mastectomy ในสมัยปัจจุบันนี้ เราได้ทำเพิ่มขึ้นอีก เช่น การผ่าตัดง่ายไปถึง anterior abdominal wall เพื่อเข้า superficial fascia และ external oblique fascia และ

anterior rectal sheath จนถึง epigastric triangle เพื่อเข้า Gerota's pathway และ superficial descending abdominal pathway ออกให้หมด ทางส่วนด้านในของ breast เวลาจะต้องตัดให้ถูก medial border ของ sternum และคร่อมเข้าไปตาม intercostal spaces ที่ 2



1. SUBAREOLAR PLEXUS OF SAPPEY
2. LYMPHATIC LAKE OF STILES
3. COLLECTING TRUNK IN SUPERFICIAL FASCIA
4. INTERLOBULAR TRUNK
5. PECTORALIS MUSCLES





1. DEEP AXILLARY NODES      2. CENTRAL AXILLARY SET  
3. PECTORAL (LEAF'S NODE)      4. SUBSCAPULAR NODES.

3, 4, หรือ 5 ตาม internal mammary vessels เพื่อตัด substernal และ internal mammary pathways ออกให้หมด

### References

- ศาสตราจารย์ศด แต่งโดย ดร. “การเดินทางท่องเที่ยวของน้ำนม” ในคาวด ประชุมแพทย์ ก.ร. เชียงราย (2497)
- Philip Thorek. Anatomy in Surgery
- H.C. Chase, The Radical Breast Operation Surgery, Gynae, Obst. - Vol. 99 July 1954.

### การรักษาคนไข้ภายหลัง Poliomyelitis.

การรักษาโรค Poliomyelitis ในระยะแรก ๆ ของโรค คงไม่ชนะกำลังมีไฟ, มีอาการอัมพาตของ Cranial nerves เช่น Vagus nerves (Bulbar Polio) หรือจากการอัมพาต ของ กระดูก荐 หรือ Spinal Polio นั้นคือจะทำอย่างไร จะทำให้คนไข้หายใจได้สักออก เช่นการทำ Tracheotomy, การทำ Suction (Tracheal) การให้ Oxygen, การพิจรณคนไข้ไปใน

และการใช้เครื่องช่วยในการหายใจ เช่น Iron lung หรือเครื่องมอเตินฯ เด่น เป็นเรื่องของกุญแจแพทย์ หรืออาชญาแพทย์ ที่จะวนจัลัยในการรักษาแต่ละรายไป และถ้วนมากในระยะ Acute phase นักเวดา 1-2 สัปดาห์ ของการเป็นโรค และทั้งๆ ไปแล้วอาการรุนแรง หรือ nerve lesion จะเป็นที่ Spinal cord หรือ medulla มักไม่เกิดขึ้นใหม่หรือลูกคามมากขึ้น ภายในหลัง 1 อาทิตย์ของการเป็นโรค (Elkins) จากระยะนี้จะหายไป เราเรียกว่าระยะ Convalescent phase. เรานับจากวันหายแล้ว 24-48 ช.ม. ไปจนกว่าการรักษาทาง physical therapy และ surgery จะหยุด การรักษาอาจจะเป็นระยะสั้นๆ ได้ จากระยะนี้ เราเรียกว่า Chronic phase เป็นระยะที่ไม่สามารถทำให้การรักษาของค้านเนื่อง การ deformities ของมือ, เท้า หรือ spine ให้อยู่ในสภาพเหมือนเดิมได้ หรืออยู่ในสถานะที่ง่ายจะไม่ได้

เฉพาะในระยะ Convalescent phase นั้นเป็นระยะสำคัญมาก เมื่อมองจากระยะจากการ save ชีวิตคนไว้ในระยะแรกแล้ว

\* Sister Kenny's Method.

เพราคนไข้จะเป็น คนพิการ มากันอื้ย แค่ไหน จำเป็นต้องอยู่ในคุตดพนิช ของ นายแพทย์ผู้รับผิดชอบอย่างมากที่สุด จะต้องเรียกหา Team work ก็即 physical therapist, orthopedic tightness, Muscular soreness, weakness หรือ paralysis ทั้งๆ ไปแล้วโดยการใช้ \* Hot pack, Hot bath, infrared radiation สามารถทำให้การเจ็บปวดของค้านเนื่องหายไปภายใน 2 อาทิตย์ แต่ถ้าหาก แต่ทำ passive movement ให้ถูกต้องแล้ว พอก Muscular surgeon ทันทีภายในหลังที่ไข้หายแล้ว 24-48 ช.ม. บัญชาณแรกที่พบคือ การรักษา Muscular tightness หายไปภายใน 3-6 อาทิตย์ (Elkins) ถ้าเราไม่สามารถทำให้อาการพอกเหตุหาย หรือค่อยยิ่งขึ้นๆ ทำให้เกิด deformities ต่างๆ เช่น contractures muscular imbalance, lack of Co-ordination เป็นต้น ภายในระยะ 2-4 เดือน จากการหายเป็นไฟ Physical therapist และ Orthopedic surgeon เช้าจะปรึกษากันในบัญชาณ หรือบังกัน deformities ที่จะเกิดขึ้นก่อนว่า การทำ tendon transplantation ที่มีในรายนี้ opponens paralysis, การทำ fusion ของ shoulder joint, ของ spine ทำ

flexoplasty ຂະໜາດ elbow joint ອົງລິນໆ ພັກ  
ນາກ ເຂົ້າໃຈວ່າ orthopedic surgeon ຄອງມີ  
ໜາທຽບຜົດຂອບຮົມກັນອໝາງນາກ ເປັນ Dr.  
William, T. Mustard ແທ້ Children's  
Hospital. Toronto, Ontario ໄດ້ໃຫ້ກຳນະ-  
ນາມບາງອໝາງໄວດັງນີ້—

Deformities develop very quickly in childhood and must be prevented rather than repaired after they have developed. There are only a few operations of choice. In the upper extremity the transfers about the hand, should in my opinion be done early six months post-polio. Flexoplasty of the elbow can be done in a year, not taking any bone. In the lower extremity about the hip, divide the tensor early (2 months post-polio). In abductor weakness, transfer the iliopsoas laterally but not for two years post-polio. In my opinion transfer should never be done about the knee in childhood. About the foot, transfer are very important. Transfer to the heel if there are tendon available. Transfer to the heel if there is weakness or

absence of calf muscle. If there is nothing transferable to the heel and a nil calf muscle, do posterior tenodesis. Do a transfer of the peronei to the dorsum in an anterior tibial weakness. Don't fuse the interphalangeal joint in Childhood.

บัญหา post polio จึงเป็นภาระที่จะต้องมีในความคุ้มครอง team work ระหว่าง physical therapist และ orthopedic surgeon ในสมัยก่อนๆ ไม่เคยให้เป็นหน้าที่ของ physical therapist ทำไปจนกระทั่งความพากเพียรที่ด้วยความสามารถ หรือแก้ไขไม่ได้ แต่มาในสมัยนี้ ความพากเพียรเนื่องจากห่วง เช่น เท้าเบนตัน ทาง orthopedic surgeon เขามีความเห็นว่าให้ทำการแก้ตัวราก ฯ แล้วโดยวิธี tendon transplantation หรือการเข้าออก ก็จะทำให้การพากเพียรต่างๆ ลดน้อยลงไปมาก เพิ่งจะนับหนึ่งที่ของ physical therapist และ orthopedic surgeon จึงมีหน้าที่ร่วมกัน และสำคัญเพียงใดในการรักษาอาการ คนไข้ภายหลังโรค poliomyelitis.

**Well-known and Accepted Classifications or Grades of diseases  
for the purpose of statistical reviews and as a basis for determination  
the indications for different methods of treatment.**

**A. Classification of Breast Cancer.**

1. Portmann's Classification  
(1943)

*Group or Stage I* — Skin — not involved. Tumor — localized in breast and movable. Metastases — none in axillary lymph nodes or elsewhere.

*Group or Stage II* — Skin — not involved. Tumor — localized in breast and movable. Metastases — few axillary lymph nodes involved, no other metastases.

*Group or Stage III* — Skin edematous; brawny red induration and inflammation not obviously due to infection; extensive ulceration; multiple secondary nodules. Tumor — diffusely infiltrating breast; fixation of tumor or breast to chest wall; edema of breast, secondary tumor. Metastases — many axillary lymph nodes involved or fixed; no clinical or roentgenologic evidences of distant metastases.

*Group or Stage IV* — Skin — as in any other group or stage. Tumor — as in any other group or stage. Metastases — axillary and supraclavicular lymph nodes extensively involved, and clinical or roentgenologic evidence of more distant metastases.

2. Richard's Mammary Carcinoma Classification by Stage of Disease (Modified Portmann's Classification)

*Stage I* — Skin — not involved. Tumor — localized in breast, movable, 1-3 cm, in diameter. Metastases —

none in axillary lymph nodes or elsewhere.

*Stage II* — Skin — not involved. Tumor — localize in breast, movable, 3 - 6 cm, in diameter. Metastases — few axillary lymph nodes involved; no other metastases.

*Stage III* — Skin — attached, dimpled but not obviously invaded; or nipple retraction. Tumor — localized in breast; more than 6 cm, in diameter; attached to fascia but not fixed to chest wall. Metastases — few axillary lymph nodes may be present or the axillary lymph nodes may not be involved.

*Stage IV* — Skin — edematous or brawny in duration or Peau-de-orange, or ulceration or local skin nodules or evidence of acute inflammation. Tumor — diffuse infiltration or rigid fixation to chest wall or edema of breast. Metastases — many axillary lymph nodes may be involved or fixed; no clinical or roentgenologic evidences of distant metastases.

*Stage V* — Skin — as in any other group or stage or with secondary nodules beyond the periphery of the breast. Tumor — as in any other stage or group. Metastases — extensive axillary lymph node involvement, or supraclavicular lymph nodes involvement, or clinical or roentgenologic evidences of distant metastases.

**B. Classification of Burns.**

From the Emergency Medical Service Memorandum (1942) gave a comparison of such classifications, and clarify the terminology.

## (Comparison of Classification)

Dupuytren's. (1832)	Anglo-American.	Degree of skin destruction.	Scottish.
1st degree: Erythema ... ... ...	1st degree	...	...
2nd degree: Vesiculation in the epidermis			
3rd degree: Vesiculation between epidermis and corium; involvement of corium	2nd degree	Partial thickness loss	Superficial
4th degree: Involvement of subcutaneous tissue			
5th degree: Involvement of muscle	3rd degree	Complete (full) thickness loss	Deep
6th degree: Involvement of bone			

## Descriptive Cellular Classifications of Lymphoblastomatous -- Tumors.

Category	Classifications		
	Mayo Clinic	Gall and Mallory	Jackson and Parker
1	Small round cell— lymphosarcoma.	Lymphocytic— lymphoblastoma. Lymphoblastic— lymphoblastoma.	Lymphocytoma. Lymphoblastoma.
2	Large round cell— lymphosarcoma. ( or reticulum cell lymphosarcoma )	Stem cell lymphosarcoma. Clasmatoctic— lymphosarcoma.	Reticulum cell sarcoma.
3	Hodgkin's disease	Hodgkin's lymphoma. Hodgkin's sarcoma.	Hodgkin's paragranuloma. Hodgkin's granuloma. Hodgkin's sarcoma.
4	Giant follicular— lymphoblastoma.	Giant follicular— lymphoblastoma.	Giant follicular— lymphoblastoma.