

ข้อตะโพกอักเสบ เป็นหนองในเด็ก

ชนินทร์ มหรรณานุเคราะห์ พบ.

ศักดิ์ ไชกิจบุญญ์ พบ. ภาควิชาออร์โทปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศุภศิลป์ สุนทรภา พบ.

Septic arthritis of the hip in children

Mahakkanukrauh C, Chaikitpinyo S, Soontrapa S.

Department of Orthopedics and Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University.

A retrospective study of 22 cases of septic arthritis of the hip joints in children was carried out at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University during 1982-1987. The purpose of this communication is to present the results of the treatment and to find the risk factors relating to prognosis. The treatment consisted of intravenous antimicrobial drugs, arthrotomy and Buck's Skin traction, followed by physical therapy. Follow up was made periodically for more than one year (mean 3.2 years). The results : 4 cases were classified as good, 10 fair and 8 poor. The prognosis was related to the duration of symptoms until treatment. Favorable outcome can be predicted if diagnosis is made early and treatment started promptly.

เรื่องย่อ

ศึกษารายงานผู้ป่วยเด็กย้อนหลัง ที่ได้
รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อตะโพกอักเสบเป็น
หนองที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น
ตั้งแต่พฤศจิกายน พ.ศ. 2525 ถึงสิงหาคม
พ.ศ. 2530 จำนวน 22 ราย จุดประสงค์ของ
รายงานนี้เพื่อดูผลของการรักษาโดยผู้ป่วยทั้ง
หมด ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเข้าทาง
หลอดเลือด, ผ่าตัดระบายหนอง, ใช้เครื่องดึง
ขาแบบ Buck's และเมื่ออาการทางคลินิกดีขึ้น

ให้บริหารข้อตะโพก เปลี่ยนยาฉีดยาเป็นยากิน
และนัดติดตามผลการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย
1 ปี (เฉลี่ย 3.2 ปี) ผลการรักษาไม่ดีขึ้นเกิด
ในผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีอาการ
จนถึงวันรับการรักษา 9 วัน คณะผู้รายงานต้อง
การเน้นให้แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยตระหนัก
ถึงภาวะนี้ และให้มีความสามารถวินิจฉัยโรคนี้
ได้โดยเร็ว โดยการเจาะดูดหาหนองในตะโพกเด็ก
ทุกราย เพื่อวินิจฉัยไม่ให้พลาดหรือช้า ซึ่งจะ
เป็นการลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงการรักษา

บทนำ

แม้ว่าในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์จะก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้แพทย์รู้ถึงโรคต่างๆ ได้มาก และรักษาโรคต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่ในเรื่องผลของการรักษาภาวะข้อต่อโพกอักเสบจากการติดเชื้อในเด็ก ดูจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อย ทั้งๆ ที่มียาต้านจุลชีพและวิธีการรักษาที่ดีขึ้น จากผลการวิจัยที่มีผู้ศึกษามาแล้ว¹⁻¹³ พอสรุปได้ถึงสิ่งที่กำหนดผลของการรักษาว่าจะดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับอายุ, ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงการรักษา, เชื้อแบคทีเรียต้นเหตุ, การให้ยาต้านจุลชีพ, วิธีการระบายหนองในข้อต่อโพก ฯลฯ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยการพยากรณ์โรคไม่ดี เพราะบอกอาการได้ช้าทำให้การรักษาช้าตามไปด้วย¹¹⁻¹², เชื้อแบคทีเรียต้นเหตุ, ถ้าเป็น *Staphylococcus aureus* กระดูกอ่อนผิวข้อต่อโพกจะถูกทำลายเร็ว³ การให้ยาต้านจุลชีพในระยะแรกควรเป็นการให้ทางหลอดเลือด โดยเลือกชนิดและขนาดที่พอเหมาะซึ่งจะให้ผลของการรักษาดี¹⁰ การระบายหนองจากข้อต่อโพก แนะนำให้ทำการผ่าตัดเปิดระบายหนองในข้อ^{9,10} ในสถานบันที่คณะผู้รายงานให้การรักษาผู้ป่วย ได้ใช้หลักในการรักษานี้กับผู้ป่วยข้อต่อโพกอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อดูผลของการรักษาในผู้ป่วยเด็กที่มีข้อต่อโพกอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย

วัตถุประสงค์

ได้ศึกษาผู้ป่วยย้อนหลังที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นข้อต่อโพกอักเสบเป็นหนอง ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่พฤษภาคม พ.ศ. 2525 ถึง

สิงหาคม พ.ศ. 2530 โดยเลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาดังนี้ เป็นเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี, มีการวินิจฉัยว่าเป็นข้อต่อโพกอักเสบเป็นหนอง โดยมีผลการเพาะเชื้อจากข้อต่อโพกพิสูจน์ว่าเป็นเชื้อแบคทีเรีย จำนวน 22 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้ยาต้านจุลชีพเข้าทางหลอดเลือด cloxacillin ในขนาด 150-200 มก./ก.ก./วัน ผ่าตัดเปิดระบายหนองในข้อต่อโพก, ดึงยาโดยใช้วิธีของ Buck's เมื่ออาการทางคลินิกดีขึ้นเปลี่ยนยาฉีดเป็นกิน โดยพิจารณาตามความไวของเชื้อต่อยา ส่วนใหญ่ใช้ยา cotrimoxazole ซึ่งให้กินนานประมาณ 6 สัปดาห์ ทั้งนี้จะดูลักษณะทางคลินิก เช่น ไข้, ความเจ็บข้อต่อโพก ค่า Erythrocyte sedimentation rate ที่กลับสู่ปกติเป็นสำคัญต่อนั้นให้บริหารข้อต่อโพกโดยให้มีการเคลื่อนไหว, ฝึกเดินโดยเริ่มจากการเดินด้วยไม้ค้ำยันช่วย, เท้าไม่ลงน้ำหนัก เมื่ออาการทางคลินิกดีขึ้น เช่น ข้อต่อโพกไม่เจ็บ จะให้ลงน้ำหนักบางส่วนเท้าที่ไม่เจ็บ จนกระทั่งสามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่โดยไม่เจ็บ และจะติดตามผลการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

ผลการศึกษา

ข้อมูลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยทั้งหมด 22 ราย เป็นชาย 16 ราย, หญิง 6 ราย อายุ 4 ปี ถึง 14 ปี (เฉลี่ย 9 ปี) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงรักษา ตั้งแต่ 1 วัน ถึง 15 วัน (เฉลี่ย 7.4 วัน) ผลทางห้องปฏิบัติการผลเลือด complete blood count (CBC) ผู้ป่วยทุกรายมีเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 10,000/ม.ม. 3 (leukocytosis) และค่า Erythrocyte sedimentation rate (ทำใน 12 คน) มีค่าตั้งแต่ 30-65 มม./ชม. เฉลี่ย 53.59 มม./ชม.

เชื้อแบคทีเรียต้นเหตุพบ *Staphylococcus coagulase positive* 22 ราย และทำการเพาะเชื้อในเลือด blood culture 7 ราย พบว่ามีเชื้อในเลือด 4 ราย (เป็นเชื้อชนิดเดียวกับในข้อตะโพก) ไม่พบเชื้อ 3 ราย ใน 4 รายที่มีเชื้อแบคทีเรียในเลือด, 1 รายมีอาการทางปอดร่วมด้วย คือ *Staphylococcal pneumonia* ภาพถ่ายรังสีข้อตะโพก เมื่อแรกพบพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 14 ราย และมีความปกติในข้อตะโพก 8 ราย เมื่อติดตามผลครั้งสุดท้าย พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4 ราย ที่เหลือ 18 ราย มีร่องรอยหวักระดูกฟีมอร์ถูกทำลาย, ช่องระหว่างข้อ joint space แคบลง, ไม่พบ osteomyelitis ที่กระดูกฟีมอร์หรือเข้าข้อตะโพกเลย การติดตามผลการรักษาตั้งแต่ 1 ปี ถึง 6 ปี (เฉลี่ย 3.2 ปี)

ผลของการรักษา

ผลของการรักษา จะถูกประเมินเป็น 3 แบบ คือ

ดี (good), พอใช้ fair และไม่ดี (poor) ตาม Morrey¹⁰, โดยอาศัยข้อมูลจากตัวผู้ป่วย และภาพถ่ายรังสีข้อตะโพก หลังจากติดตามการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

ผลดี : คือไม่เจ็บข้อตะโพก, ขาไม่สั้น, สามารถเคลื่อนไหวข้อตะโพกได้ดี ภาพถ่ายรังสีพบ หวักระดูกฟีมอร์ กลม และช่องระหว่างข้อเป็นปกติ

ผลพอใช้ : คือเจ็บข้อตะโพกถ้ามีการเคลื่อนไหว, มีการจำกัดพิสัย การเคลื่อนไหวบ้าง ขาสั้นน้อยกว่า 2 ซม. ภาพถ่ายรังสี พบว่ามีการทำลายหวักระดูกฟีมอร์ หรือเข้าข้อตะโพกหรือช่องระหว่างข้อ แคบ แต่ไม่ทั้งหมด

ผลไม่ดี : คือมีข้อตะโพกเจ็บตลอดเวลา, มีขา สั้นมากกว่า 2 ซม. ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อตะโพกได้ เนื่องจากเจ็บหรือ ติดแข็ง ภาพถ่ายรังสีพบว่า มีการทำลายหวักระดูกฟีมอร์, หวักระดูก ฟีมอร์ผิดปกติ epiphyseal growth disturbance และช่องระหว่างข้อแคบ หรือหายไป

ผู้ป่วยทั้งหมด 22 ราย ติดตามผลการรักษา ตั้งแต่ 1 ปี ถึง 6 ปี (เฉลี่ย 3.2 ปี) พบว่าได้ผลการรักษาดี 4 ราย, พอใช้ 10 ราย และไม่ดี 8 ราย (ดูตารางที่ 1) ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต

ตารางที่ 1 แสดงผลของการรักษา ตามอายุและระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงรับการรักษา

ผลการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อายุ (ปี)	ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงรับการรักษา (วัน)
ดี	4	11	1
		10	7
		7 (9.2)	6 (4.5)
		9	4
พอใช้	10	8	7
		12	5
		6 (9.9)	8 (8.4)
		7	10
		10	7
		10	7
		10	6
		11	8
		14	8
ไม่ดี	8	7	9
		6	15
		4	9
		9	6
		13	7
		10 (8.9)	12 (9)
		7	7
		11	7
		11	9

*ตัวเลขในวงเล็บแสดงค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่ม

วิจารณ์

การวินิจฉัยภาวะนี้ได้ช้า หรือผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดผลของการรักษา ตามผลงานวิจัยของ Morrey¹⁰ สรุปว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาก่อน 4 วัน ผลการรักษาจะดี

ในรายงานนี้พบผลการรักษาไม่ดี 8 ราย เพราะส่วนใหญ่มารับการรักษาช้า (เฉลี่ย 9 วัน) ส่วนพวกที่ได้รับผลของการรักษาดีมี 4 ราย (มารับการรักษา เฉลี่ย 4.5 วัน) และจากรายงานของ Oblatz^{11,12} ที่ว่าผู้ป่วยอายุน้อย ผลของการรักษาไม่ดีสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยบอกอาการช้า ทำให้เริ่มการรักษาได้ช้า ในรายงานนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของผลการรักษากับอายุผู้ป่วย สำหรับเชื้อแบคทีเรียต้นเหตุเป็น *Staphylococcus coagulase positive* ทั้งหมด ปัจจัยส่วนนี้แพทย์ไม่สามารถควบคุมได้ อย่างไรก็ตามการที่ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว รวมทั้งให้ยาต้านจุลชีพที่ดี สามารถให้ผลการรักษาดีได้ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่แพทย์สามารถควบคุมได้ และได้ใช้เป็นหลักในการรักษามีดังนี้ ไข้ยาด้านจุลชีพผิดเข้าหลอดเลือด เพื่อควบคุมหรือทำลายเชื้อในตะโพกให้หมดไปโดยเร็ว และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเข้าหลอดเลือด เพื่อควบคุมหรือทำลายเชื้อในตะโพกให้หมดไปโดยเร็ว และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียสู่กระแสโลหิต (ในรายงานการศึกษานี้พบว่า มีเชื้อในกระแสโลหิต 4 ใน 7 ราย ซึ่งให้ยาต้านจุลชีพนานกว่าปกติ โดยให้ยาด้านจุลชีพเข้าหลอดเลือด จนกระทั่งอาการทางคลินิกดีขึ้น จึงเปลี่ยนเป็นยากิน ทั้ง 4 ราย ได้รับยาด้านจุลชีพ นานประมาณ 10-12 สัปดาห์) สำหรับข้อดีหรือวัตถุประสงค์ในการทำผ่าตัดระบายหนองในข้อตะโพก มีดังนี้

1. มั่นใจได้ว่าสามารถล้างข้อตะโพกให้สะอาด ปราศจากเชื้อแบคทีเรียได้จริง

2. ลดความกดดันในข้อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่รบกวนเลือดที่ไปเลี้ยงกระดูกอัมฟิฟิสส์

3. ได้หนอง เพื่อส่งตรวจ หรือเพาะเชื้อ, หรือได้ชิ้นเนื้อ เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

ถึงแม้ว่าแพทย์จะทราบหลักเกณฑ์ในการรักษา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดแล้วก็ตาม แต่จากประสบการณ์ของคณะผู้รายงานพบว่า แพทย์ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมปัจจัยที่มีต่อผลของการรักษาทั้งหมดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงรักษา สิ่งที่แพทย์ช่วยได้ในการกำหนดปัจจัยนี้ คือการวินิจฉัยภาวะนี้ให้ได้เร็ว โดยให้นึกถึงภาวะนี้ในเด็กที่มีอาการเจ็บข้อตะโพก และจะต้องสืบหาโรคโดยวิธีการเจาะข้อตะโพก (arthrocentesis) ทุกราย เพื่อพิสูจน์ว่ามีเชื้อแบคทีเรียหรือไม่ อันจะทำให้การวินิจฉัยได้เร็วขึ้น สำหรับในด้านตัวผู้ป่วยเองมีปัจจัยทางภาวะเศรษฐกิจ, สังคม และการศึกษาเป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจะมาได้รับการรักษาเร็วหรือช้า

สำหรับผลทางห้องปฏิบัติการ จากการศึกษานี้พบว่าภาพถ่ายรังสี เป็นผลทางห้องปฏิบัติการที่ใช้เป็นตัวบอกรายการโรคได้ดี ดังเช่นผู้ป่วยของเรา ที่มีภาพถ่ายรังสีเมื่อติดตามผลครั้งสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4 ราย ผู้ป่วยทั้ง 4 รายนี้ มีผลของการรักษาดี ที่เหลือ 18 ราย มีผลภาพถ่ายรังสีผิดปกติ ตั้งแต่เล็กน้อยไปหามาก ซึ่งภาพถ่ายรังสีที่มีการทำลายหรือกระดูกผิดปกติมาก จะให้ผลการรักษาไม่ดี

สรุป

ผู้ป่วย 22 ราย ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ ได้รับการรักษาโดยให้ยาต้านจุลชีพ เข้าทางหลอดเลือด, ผ่าตัดระบายหนองในข้อ, ใช้เครื่องดัดขาแบบ Buck's เมื่ออาการทางคลินิก ดีขึ้น ให้บริหารข้อตะโพก เปลี่ยนยาฉีดเป็นยากิน และนัดติดตามผลการรักษาเป็นเวลากำหนดน้อย 1 ปี (เฉลี่ย 3.2 ปี) ได้ผลการรักษาดี 4 ราย, พอใช้ 10 ราย ไม่ดี 8 ราย ปัจจัยที่มีความสำคัญ มากที่สุดในการกำหนดผลของการรักษา คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการถึงการรักษา ซึ่งในรายงานนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับผลการรักษาดี ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 4.5 ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาไม่ดี ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 9 วัน คณะผู้รายงานต้องการเน้นให้แพทย์ที่ทำการ รักษาผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะนี้ และให้มีความ สามารถในการวินิจฉัยโรคนี้โดยการเจาะดูหา หนองในตะโพกเด็กทุกราย เพื่อวินิจฉัยไม่ให้ พลาดหรือช้า อันจะเป็นการลดระยะเวลาที่ผู้ป่วย มีอาการถึงวันรับการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Borella L, Summitt RL, Clask GM. Septic arthritis in childhood. *J Pediatr* 1963; 62 : 742-7.
2. Chacha PB. Suppurative arthritis of the hip infancy. *J Bone Joint Surg (Am)* 1971; 53A : 38-43.
3. Curtiss PH Jr, Klein L. Destruction of articular cartilae in septic arthritis II in vivo studies. *J Bone Joint Surg (Am)* 1965; 47A : 1595-604.
4. Das AK. Acute suppurative arthritis of the hip joint in infants. *Indian J Pediatr* 1960; 27 : 367-72.
5. Eyre-Brook L. Septic arthritis of the hip and osteomyelitis in infants. *J Bone Joint Surg (Br)* 1960; 42B : 11-20.
6. Gillespie R. Septic arthritis of childhood. *Clin Orthop* 1973; 96 : 152-9.
7. Inge GAL, Liebolt FL. The treatment of acute suppurative arthritis. Report of thirty-six cases treated by operation. *Surg Gynecol Obstet* 1935; 60 : 86-101.
8. Lloyd-Roberts GC. Suppurative arthritis of infancy : Some observations upon prognosis and management. *J Bone Joint Surg (Br)* 1960; 42B : 706-20.
9. Lunseth AP, Heeple GK. Prognosis in septic arthritis of the hip in children. *Clin Orthop* 1979; 139 : 81-85.
10. Morrey BF, Bianco AJ, Rhodes KH. Suppurative arthritis of the hip in children. *J Bone Joint Surg (Am)* 1976; 58A : 288-93.
11. Oblatz BE. Acute suppurative arthritis of the hip in neonatal periods. *J Bone Joint Surg (Am)* 1960; 42A : 23-30.
12. Oblatz BE. Suppurative arthritis of the hip joint in infants. *Clin Orthop* 1962; 22 : 27-33.
13. Stetson JW, Deponate RJ, Southwick WO. Acute septic arthritis of the hip in children. *Clin Orthop* 1968; 56 : 105-16.