





## ภูมิหลัง และเหตุผล

โรคข้ออักเสบติดเชื้อเป็นภาวะฉุกเฉินทาง ศัลยกรรมกระดูกและข้อที่รุนแรงเกี่ยวข้องกับการ เจ็บป่วย การตาย<sup>1-2</sup> ซึ่งการติดเชื้อที่เข้าจะพบได้บ่อยถึง 50% และมีอัตราการตาย 5-20%<sup>3-4</sup> โดยเฉพาะกลุ่ม non-gonococcal arthritis หรือ pyogenic arthritis เป็นโรคข้ออักเสบที่สำคัญที่สุดในกลุ่ม acute monoarticular arthritis แม้ในปัจจุบันจะมียา ปฏิชีวนะที่ตีความโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพและอัตราการเกิด ภาวะทุพพลภาพสูง ผลการรักษาขึ้นกับความรวดเร็ว และความถูกต้องในการวินิจฉัยและการรักษา โรคข้อ อักเสบติดเชื้อ<sup>5</sup> สำหรับการรักษานั้นมีหลายวิธีด้วยกัน คือ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การรักษาด้วยการทำ หัตถการได้แก่ (1) การเจาะดูดหนองระบายออกบ่อย ๆ (repeated needle aspiration) (2) การระบายหนอง ออกด้วยการส่องกล้อง (arthroscopic debridement) และ (3) การผ่าตัดเพื่อระบายหนองออก (open arthrotomy with debridement)<sup>6-10</sup> และ (4) การระบายหนองออกด้วยการส่องกล้อง และการดูดล้าง อย่างต่อเนื่อง (arthroscopic debridement with continuous irrigation suction)<sup>11</sup> แต่ไม่ได้มีข้อบ่งชี้ ว่าการรักษาแบบใดดีที่สุด มีผู้วิจัยบางคนแนะนำให้ใช้ วิธีการเจาะดูดระบายหนองออกในระยะแรกของการ ติดเชื้อ<sup>12-13</sup> และมีรายงานการศึกษามากกว่า 90 รายงานกล่าวว่า การรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่ได้ ผลดีที่สุดได้แก่ การระบายเอาหนองออกด้วยการ ส่องกล้องเนื่องจากมีแผลที่เล็ก มีความเจ็บปวดน้อย ผลลัพธ์คือข้อเข่ายังทำหน้าที่ได้ดีกว่า และมีความ พิจารณ์ต่ำ<sup>14-15</sup>

กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาล ชัยภูมิ ให้การรักษาผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วย วิธีการเจาะดูดจากข้อ และการผ่าตัดข้อเข่าเพื่อล้าง ระบายเอาหนองออก มีรายงานการศึกษาของ โชติ ภาวศุทธิกุล<sup>16</sup> (2556) ที่ศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ถึงการรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วยการเจาะดูดจาก ข้อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดเปิดล้างข้อในโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งพบว่า การรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ด้วยบริบทที่แตกต่างกัน และการศึกษายังไม่ ครอบคลุมถึงข้อมูลด้านระยะเวลาเริ่มต้นเจ็บป่วย จนกระทั่งมารับการรักษา (Onset) ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell count) การวัดการอักเสบในเลือด (Inflammatory marker) ได้แก่ การตกตะกอนของ เม็ดเลือดแดง (ESR) ค่ารักษาพยาบาล การนัดติดตาม การรักษาเพื่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาโดยครอบคลุมปัจจัยดังกล่าว ให้ทราบถึงผลลัพธ์การรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ด้วยวิธีการรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีการ เจาะดูดเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดเปิดล้างข้อเข่า ในโรงพยาบาลชัยภูมิ

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์การรักษาข้อเข่าอักเสบ ติดเชื้อ ด้วยวิธีการเจาะดูดจากข้อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดเปิดล้างข้อเข่า ในโรงพยาบาลชัยภูมิ

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort study ในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ (Medical records for septic knee arthritis ICD-10 [International



Classification of Diseases, Tenth Revision] codes M0095 to M0097) ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงาน ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 - เดือนธันวาคม 2556 และแพทย์นัดติดตามการรักษาหลังจำหน่าย 1 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (The inclusion criteria) ดังนี้คือ (1) ผู้ป่วยมีอายุ 15 ปีขึ้นไป (2) มีการอักเสบติดเชื้อที่ข้อเข้าในระยะแรก (3) มีผลการเพาะเชื้อจากน้ำเจาะเข้าให้ผลบวกหรือพบหนอง (4) มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมโรคได้ดี เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (The exclusion criteria) มีดังนี้คือ (1) ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว ผู้ป่วยโรค SLE หรือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (2) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่กระดูก ร่วมกับ (osteomyelitis of the distal femur or proximal tibia) (3) ผู้ป่วย peri-prosthetic septic arthritis (4) ผ่าตัดใส่ข้อเข้าเทียม และ (5) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการวิธีการเจาะดูดจากข้อ (Needle Aspiration) กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการทำผ่าตัดระบายเอาหนองออก (arthrotomy and debridement) โดยทั้ง 2 กลุ่มจะรับประทานปฏิชีวนะในครั้งแรกที่มีอาการแสดงทางคลินิกเป็นเวลา 7 วัน และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการผ่าตัด เก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ตำแหน่งข้อเข้าที่อักเสบ, อาการแสดงทางคลินิก (clinical presentation: onset, affected knee), ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ systemic disease, สาเหตุของการติดเชื้อ (etiology of the infection), ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ [white blood cell count, haemoculture and erythrocyte sedimentation rate (ESR) microbiological findings], ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (length of stay) การหายจากการเจ็บป่วย (Complete recovery) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และการเสียชีวิต โดยวิเคราะห์ข้อมูลผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 16 ใช้สถิติบรรยาย หาค่า mean  $\pm$  standard deviation (SD). หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square tests, p-value  $<$  0.05

### ผลการศึกษา

ในช่วงที่ศึกษามีผู้ป่วยข้อเข้าอักเสบติดเชื้อจำนวน 92 ราย มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 82 ราย แบ่งเป็นกลุ่มได้รับการรักษาด้วยวิธีเจาะดูดหนองในข้อต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย และกลุ่มที่ผ่าตัดเปิดล้างข้อ จำนวน 45 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะดูดหนองจากข้อ (Needle aspiration) อายุเฉลี่ย 63.4 $\pm$ 5.3 ปี เป็นเพศหญิง 67.6% น้ำหนักเฉลี่ย 64.4 $\pm$ 6.3 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 164.2 $\pm$ 5.7 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.8 $\pm$ 2.0 เป็นโรคข้อเข้า 29.7% การศึกษาส่วนมากระดับมัธยมศึกษา 51.4% ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดล้างข้อเข้า อายุเฉลี่ย 62.2  $\pm$  5.4 ปี เป็นเพศชาย 57.8% น้ำหนักเฉลี่ย 63.4 $\pm$ 5.2 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 163.5 $\pm$ 5.7 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.8 $\pm$ 2.1 เป็นโรคข้อเข้า 29.4% การศึกษาส่วนมากระดับมัธยมศึกษา 44.4% (ตารางที่ 1) ผลการเพาะเชื้อจากน้ำข้อเข้าในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าเป็นเชื้อ Staphylococcus aureus 47.6%, 31.2% (ตารางที่ 3)

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (Table1) ระยะเวลาเริ่มการเจ็บป่วย ตำแหน่งที่ข้อเข้าอักเสบ ค่าเม็ดเลือดขาว, ค่า ESR, จำนวนเม็ดเลือดขาว และ Polymorphonuclear cell หรือ Neutrophil (ตารางที่ 2) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วน Pre-existing joint diseases นั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลลัพธ์การรักษาในเรื่อง ระยะเวลาในอน โรงพยาบาล, หายจากการเจ็บป่วย, การเสียชีวิต การกลับเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

### อภิปรายผล

ข้อเข้าอักเสบติดเชื้อเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อหลีกเลี่ยงการความพิการและการเสียชีวิต มักพบในผู้ป่วยกลุ่มที่มีข้ออักเสบอยู่ก่อนแล้วจากการศึกษาในอเมริกาพบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนมากได้แก่ Staphylococcus aureus<sup>17</sup> และจากการศึกษาพบว่า การรักษาข้อเข้าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีเจาะดูดหนอง หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดล้างข้อเขานั้นมีผลลัพธ์การรักษาที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการรักษาของ โชติภาวะศุทธิกุล (2556) ที่ศึกษาถึงการรักษาข้อเข้าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีเจาะดูดจากข้อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดเปิดล้างข้อ ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์<sup>16</sup> และการศึกษาของ Goldenberg DL และคณะ (1975)<sup>18</sup> นอกจากนี้จากการศึกษาของ Smith SP และคณะ (1975)<sup>19</sup> ที่ศึกษาไปข้างหน้าในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ไหล่อักเสบติดเชื้อจำนวน 61 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเจาะดูด (closed needle aspiration) และ

ผ่าตัดเปิดล้าง (arthrotomy) ติดตามการรักษาไป 2 ปี พบว่าผลการรักษาทั้ง 2 วิธีนั้นไม่แตกต่างกัน แนะนำให้ใช้วิธีการรักษาด้วยการเจาะดูดเนื่องจากปฏิบัติได้ง่าย และปลอดภัยจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าการสลายผังผืด และการระบายเอาหนองบริเวณรอบ ๆ ออกให้หมดนั้น ไม่สามารถทำได้ในวิธีการรักษาด้วยการเจาะดูด (Closed needle aspiration)<sup>20-22</sup> จากการศึกษาของ Ravindran V และคณะ<sup>23</sup> พบว่าการเจาะดูดจากข้อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดนั้นพบว่าการเจาะดูดจากข้อ (needle aspiration) นั้นถึงแม้ว่าจะเป็นวิธีการรักษาแบบดั้งเดิมได้ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดรักษา (arthrotomy) อีกทั้งเป็นหัตถการที่ปฏิบัติได้ง่ายแตกต่างจากการผ่าตัดซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังสูงกว่า

### สรุป

การรักษาผู้ป่วยข้อเข้าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีเจาะดูดจากข้อ และวิธีการผ่าตัดเปิดข้อเข่าล่าง ให้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากการศึกษามีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษา ย้อนหลัง ดังนั้นข้อมูลบางอย่างจึงไม่มีครบถ้วน ได้แก่ การประเมินผลทางคลินิกของรายละเอียด ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การทำงานของหัวเข่า เช่น การให้คะแนนความเจ็บปวดในช่วงของการ เคลื่อนไหวและผลการทำงาน ความพึงพอใจของ ผู้ป่วย รวมถึงค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นหากมีการ ศึกษาครั้งต่อไปควรได้มีการศึกษาในประเด็นเหล่านี้

**TABLE 1 Patient's characteristics and demographic data**

Characteristics	Needle Aspiration (N=37)	Open Arthrotomy (N=45)	p-value
Age (yrs)*	63.4±5.3	62.2±5.4	0.957 <sup>a</sup>
Gender			0.508 <sup>b</sup>
Male	12(32.4%)	26(57.8%)	
Female	25(67.6%)	19(42.2%)	
Weight (kg)*	64.4±6.3	63.4±5.2	0.163 <sup>a</sup>
Height (m)*	164.2±5.7	163.5±5.7	0.880 <sup>a</sup>
BMI (kg/m <sup>2</sup> )*	23.8±2.0	23.8±2.1	0.728 <sup>a</sup>
Pre-existing joint diseases	11(29.7%)	11(24.4%)	0.004 <sup>b</sup>
<b>Education Level</b>			0.334 <sup>b</sup>
Primary education	10(27.0%)	14(31.1%)	
Secondary education	19(51.4%)	20(44.4%)	
Diploma	5(13.5%)	5(11.1%)	
bachelor	3(8.1%)	6(13.3%)	

\*Data expressed mean ± standard deviation, a p-value derived using unpaired student's t-test :

b p-value derived using Fisher's exact test, BMI: body mass index

**TABLE 2 Clinical presentation and laboratory investigations**

Characteristics	Needle Aspiration (N=37)	Open Arthrotomy (N=45)	p-value
Onset (day)*	17.0±1.9	19.2±2.4	0.123 <sup>a</sup>
Affected knee			0.293 <sup>b</sup>
Left knee	21(56.8%)	20(44.4%)	
Right knee	15(40.5%)	22(48.9%)	
Both knees	1(2.7%)	19(51.4%)	
Blood, WBC count (x10 <sup>9</sup> /L)*	12.9±7.6	11.8±4.7	0.444 <sup>a</sup>
ESR (mm/hr)*	81.8±8.5	84.9±8.7	0.728 <sup>a</sup>
<b>Arthrocentesis (n=49)</b>			
WBC (x10 <sup>9</sup> /L)*	92.7±85.7	65.2±60.1	0.320 <sup>a</sup>
Polymorphonuclear cells (PMN) (%)*	92.2±4.3	96.1±3.9	0.584 <sup>a</sup>

\*Data expressed mean  $\pm$  standard deviation, a p-value derived using unpaired student's t-test:  
 b p-value derived using Fisher's exact test, WBC: White blood cell, ESR: Erythrocyte sedimentation rate, PMN: Polymorphonuclears cells.

TABLE 3 Causative organisms isolated from knee joint fluid.

Organisms	Needle Aspiration (N=21)	Open Arthrotomy (N=32)
Streptococcus spp.	8(38.0%)	3(9.4%)
$\beta$ -hemolytic Streptococcus group B	1(4.7%)	1(3.1%)
$\beta$ -hemolytic Streptococcus not group A,B,D	2(9.5%)	-
Streptococcus sanguinis	5(23.8%)	2(6.3%)
Staphylococcus aureus	10(47.6%)	10(31.2%)
Salmonella spp.	1(4.8%)	2(6.3%)
Escherichia coli	1(4.8%)	1(3.1%)
Klebsiella pneumonia	-	1(3.1%)
Burkholderia pseudomellei	1(4.8%)	3(9.4%)
Pseudomonas aruginosa	-	4(12.5%)
Enterobacter clocae	-	5(15.6%)
Mixed bacterial infection	-	3(9.4%)

TABLE 4 Outcome of septic knee arthritis patients based on treatment

Characteristics	Needle Aspiration (N=33)	Open Arthrotomy (N=45)	p-value
Length of stay, mean (SD)	9.1 $\pm$ 2.2	10.4 $\pm$ 2.7	0.096
Complete recovery (%)	10(27.0%)	10(27.0%)	0.359
Readmission (%)	3(8.1%)	1(2.2%)	0.173
Death (%)	2(5.4%)	1(2.2%)	0.130





## เอกสารอ้างอิง

1. Mehta P, Schnall SB, Zalavras CG. Septic arthritis of the shoulder, elbow and wrist. Clin Orthop Relat Res. 2006 ; 451 : 42-5.
2. Shirtliff ME, Mader JT. Acute septic arthritis. Clin Microbiol Rev. 2002 ; 15 : 527-44.
3. Carpenter CR, Schuur JD, Everett WW, Pines JM. Evidence-based diagnostics: adult septic arthritis. Academic Emergency Medicine 2011 ; 18 : 781-96.
4. Nilganuwong S, Jindabunjerd Y. Clinical Study of Non-Gonococcal Bacterial Septic Siriraj Hospital, Thailand. Siriraj Med J. 2006 ; 58 (11) : 1095-102.
5. รัตนาดี ณ นคร, ศิริภพ สุวรรณโรจน์ : Approach to acute monoarthritis. ใน : ทวี ศิริวงศ์, บก. Focus on practical medicine. กรุงเทพฯ : เดอะสยามเฮอริเทจ จำกัด 2538 : 29-44.
6. Lane JG, Falahee MH, Wojtys EM, Hankin FM, Kaufer H. Pyarthrosis of the knee. Treatment considerations. Clin Orthop Relat Res. 1990 Mar (252) : 198-204.
7. Shulman G, Waugh TR. Acute bacterial arthritis in the adult. Orthop Rev. 1988 Oct; 17(10) : 955-60.
8. Stanitski CL, Harvell JC, Fu FH. Arthroscopy in acute septic knees. Management in pediatric patients. Clin Orthop Relat Res. 1989 Apr (241) : 209-12.
9. Thiery JA. Arthroscopic drainage in septic arthritides of the knee: a multicenter study. Arthroscopy. 1989 ; 5(1) : 65-9.
10. Wirtz DC, Marth M, Miltner O, Schneider U, Zilkens KW. Septic arthritis of the knee in adults: treatment by arthroscopy or arthro-tomy. Int Orthop. 2001 ; 25(4) : 239-41.
11. Mathews CJ, Weston VC, Jones A, Field M, Coakley G. Bacterial septic arthritis in adults. Lancet 2010 ; 375 : 846-55.
12. Balabaud L, Gaudias J, Boeri C, Jenny JY, Kehr P. Results of treatment of septic knee arthritis: a retrospective series of 40 cases. Knee Surg Sports Traumatology Arthroscopy 2007 ; 15 : 387-92.
13. Goldenberg DL, Brandt KD, Cohen AS, Cathcart ES. Treatment of septic arthritis comparison of needle aspiration and surgery as initial modes of joint drainage. Arthritis Rheum 1975 ; 18 : 83-90.
14. Wirtz DC, Marth M, Miltner O, Schneider U, Zilkens KW. Septic arthritis of the knee in adults: treatment by arthroscopy or arthro-tomy. Int Orthop. 2001 ; 25(4) : 239-41.
15. Balabaud L, Gaudias J, Boeri C, Jenny JY, Kehr P. Results of treatment of septic knee arthritis: a retrospective series of 40 cases. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2007 Apr ; 15(4) : 387-92.



16. Chote Pawasuttikul. Comparison of Needle Aspiration and Arthrotomy Treatment for Septic Knee Arthritis : A 10-year retrospective study. JRCOST 2013 : VOL.37 NO.2-4 April-October : 29-33.
17. Katie A. Sharff Eric P. Richards John M. Townes. Clinical Management of Septic Arthritis. Curr Rheumatol Rep (2013) 15 : 332.
18. Goldenberg DL, Brandt KD, Cohen AS, Cathcart ES. Treatment of septic arthritis : comparison of needle aspiration and surgery as initial modes of joint drainage. Arthritis Rheum 1975 ; 18 : 83-90.
19. Smith SP, Thyoka M, Lavy CB, Pitani A. Septic arthritis of the shoulder in children in Malawi. A randomised, prospective study of aspiration versus arthrotomy and washout. J Bone Joint Surg Br 2002 ; 84 : 1167-1172.
20. Goldenberg DL, Brandt KD, Cohen AS, et al. Treatment of septic arthritis : comparison of needle aspiration and surgery as initial modes of joint drainage. Arthritis Rheum. 1975 ; 18 : 83-90.
21. Sammer DM, Shin AY. Comparison of arthroscopic and open treatment of septic arthritis of the wrist. J Bone Joint Surg Am. 2009 ; 91 : 1387-93.
22. Abdel MP, Perry KI, Morrey ME, et al. Arthroscopic management of native shoulder septic arthritis. J Shoulder Elbow Surg. 2012.
23. Ravindran V, Logan I, Bourke BE. Medical vs surgical treatment for the native joint in septic arthritis: a 6-year, single UK academic centre experience. Rheumatology (Oxford). 2009 ; 48 : 1320-2.
24. Butt U, Amisshah-Arthur M, Khattak F, et al. What are we doing about septic arthritis? A survey of UK-based rheumatologists and orthopedic surgeons. Clin Rheumatol. 2011 ; 30 : 707-10.





ผลลัพธ์การรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีการเจาะดูดจากข้อ  
เปรียบเทียบกับการผ่าตัดเปิดล้างข้อ ในโรงพยาบาลชัยภูมิ  
(Outcome of Treatment for Septic Knee Arthritis Comparison of  
Needle Aspiration and Arthrotomy Treatment in  
Chaiyaphum Hospital)

ลลิตี ชัยบุตร พ.บ. ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์  
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

### บทคัดย่อ

การรักษาข้อเข่าอักเสบจากการติดเชื้อมีหลายวิธี โดยโรงพยาบาลชัยภูมิให้การรักษาด้วยวิธีเจาะดูดจากข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง และวิธีการผ่าตัดเปิดล้างข้อเข่า แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ว่าการรักษาแบบใดได้ผลการรักษาที่ดีกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีการเจาะดูดจากข้อ เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดล้างข้อ ในโรงพยาบาลชัยภูมิ

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษา ย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 - เดือนธันวาคม 2556 จำนวน 82 ราย โดยศึกษาถึงการรักษา ข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีการเจาะดูดเข่าเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดเปิดล้างข้อเข่า เพื่อดูความแตกต่างในด้านระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การหายขาดจากโรค การเสียชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย หาค่า mean  $\pm$  standard deviation (SD). หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square tests, p-value < 0.05

**ผลการศึกษา** ในช่วงที่ศึกษามีผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อจำนวน 92 ราย มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 82 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเจาะดูดหนองในข้อต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดล้างข้อ จำนวน 45 ราย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วย ตำแหน่งที่ข้อเข่าอักเสบ ลักษณะทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ยกเว้น Pre-existing joint disease ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004) ส่วนผลการเพาะเชื้อจากน้ำข้อเข่าส่วนมากเป็นเชื้อ Staphylococcus aureus มากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม (47.6% และ 31.2%) เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การรักษาในเรื่อง ระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล, หายจากการเจ็บป่วย, การกลับเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลการเสียชีวิตทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

**สรุป** การรักษาผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อด้วยวิธีเจาะดูดจากข้อ และวิธีการผ่าตัดเปิดข้อเข่าล้าง ให้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน