

## PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG KHỚP DO VI KHUẨN

### I. SINH BỆNH HỌC:

Vi khuẩn vào khớp qua 3 đường: đường máu, nhiễm trùng trực tiếp, ổ nhiễm trùng lân cận

- Nhiễm trùng đường máu: khi cơ thể bị bệnh, sức đề kháng kém do hệ thống bảo vệ bị tổn thương do suy giảm hệ miễn dịch, bệnh kinh niên, lạm dụng thuốc tĩnh mạch.
- Nhiễm trùng trực tiếp vào khớp: tiêm chích, vết thương thấu khớp, thủ thuật chẩn đoán, phẫu thuật.
- Nhiễm trùng từ viêm xương lân cận .

Khi có hiện diện vi khuẩn và sản phẩm của chúng trong khớp gây phản ứng tại chỗ: tăng tưới máu, sung huyết, tăng tiết dịch khớp. Huỷ sụn khớp do bởi dinh dưỡng sụn kém, do bởi áp suất, do bởi men hủy protein và sản phẩm do đại thực bào và vi khuẩn tiết ra.

Cuối cùng, khi sụn khớp bị huỷ sẽ tấn công vào chất nền bên dưới.

### II. NGUYÊN LÝ CHUNG CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Bệnh sử và lâm sàng:

##### 1.1. Bệnh sử:

- Đánh giá tình trạng tổng quát: tình trạng miễn dịch, bệnh liên hệ với tình trạng du khuẩn huyết, nhiễm trùng huyết, viêm hoặc tổn thương khớp.
- Tiền sử về chấn thương, phẫu thuật, tiêm chích vào khớp. Cần nên hỏi bệnh lý trước đó, như RA , dùng kháng sinh dùng corticoid.

##### 1.2. Lâm sàng :

- Thường bệnh nhân có biểu hiện sốt cao.
- Than phiền chính bệnh nhân là *sưng, đau, giới hạn vận động khớp*. Nên đánh giá về tràn dịch, về đỏ da tại chỗ, về đau khi sờ. Thời gian đầu thì mức độ: sưng, đỏ, nóng không đáng kể, nhưng đau khi cố gắng vận động. Khi khớp chi dưới bị nhiễm trùng thì bệnh nhân có biểu hiện đi cà nhấc hoặc không đi được.
- Thường thường có biểu hiện co thắt cơ xung quanh. Ngay vị trí khớp viêm thường nóng hơn xung quanh ngay cả giai đoạn đầu. Bệnh nhân thường giữ khớp tư thế giảm áp suất trong khớp và do đó để giảm đau

**2. Xét nghiệm cận lâm sàng**

- **Xét nghiệm** : Bạch cầu,CRP, VS, Hct

**3. Hình ảnh học:**

**X quang:**

- Chú ý tràn dịch khớp, căng bao khớp trong giai đoạn sớm. Sau đó hình ảnh đầy bao hoạt dịch. Hình ảnh về xương sớm nhất là loãng xương của xương dưới sụn,
- Sau đó là ăn mòn xương của xương cạnh khớp .
- Giai đoạn sau đó là hẹp sụn khớp, nên so sánh với khớp đối bên.

**4. Phân tích dịch khớp: mục đích chẩn đoán và điều trị:**

Dịch khớp	BT	Nhóm I (không viêm)	Nhóm II (viêm)	Nhóm III (mủ)
Thể tích(gối)	<3,5	>3,5	>3,5	>3,5
Độ trong	Trong	Trong	Trong mờ	Đục
Màu sắc	Trong	Vàng	Vàng trắng đục	Vàng xanh
WBC	<200	200-300	3000- 50.000	>50.000
BCĐN	<25%	<25%	>50%	>75%
Cấy	Am tính	Am tính	Am tính	Thường dương
Đường(mg%)	Nhut đường máu	Nhut đường máu	>25, thấp hơn máu	<25, thấp hơn nhiều

- a) Rút dịch phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng:
- i) Đánh giá đại thể
  - ii) Đánh giá vi thể
  - iii) Cấy dịch, kháng sinh đồ. PCR.

**Vi khuẩn học liên quan theo tuổi trong nhiễm khuẩn khớp**

Vi khuẩn	<2 tuổi	2-15 tuổi	16-50 tuổi	>50 tuổi
<i>S aureus</i>	40%	50%	15%	70%
<i>Streptococci</i>	25%	30%	5%	15%
<i>Haemophilus</i>	30%	9%		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		5%	75%	
Trực khuẩn G(-)	3%	5%	5%	8%

### III. ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị nội khoa:** chọn lựa kháng sinh dựa vào tuổi bệnh nhân và kết quả mẫu cấy: hầu hết kháng sinh đạt được trong dịch khớp khi chích kháng sinh tĩnh mạch. Một số tác giả nên giữ kháng sinh tĩnh mạch 4-6 tuần.

<i>Tuổi</i>	<i>Vi khuẩn</i>	<i>Hiện diện trực khuẩn G(-)</i>	<i>Không hiện diện trực khuẩn</i>
<6 <sup>th</sup>	<i>Strep nhóm B, trực khuẩn ruột G(-), Staphy Aureus</i>	<i>Genta hoặc tobramycin</i>	<i>Nafcillin</i>
6-24 <sup>th</sup>	<i>S aureus hoặc Haemophilus</i>	<i>Cefuroxime</i>	<i>Oxacillin hoặc methicillin</i>
2-14 <sup>tuổi</sup>	<i>S aureus hoặc lậu cầu</i>	<i>Genta hoặc tobramycin</i>	<i>Nafcillin</i>
15-39 <sup>tuổi</sup>	<i>lậu cầu</i>	<i>Genta hoặc tobramycin</i>	<i>Penicillin</i>
>40 <sup>tuổi</sup>	<i>S. aureus, Strep trực khuẩn ruột G(-)</i>	<i>Genta hoặc tobramycin</i>	<i>Nafcillin</i>

#### 2. Điều trị phẫu thuật:

Dẫn lưu mủ nhằm 4 mục đích:

- Giảm áp suất trong khớp.
  - Giảm vi khuẩn, kháng nguyên trong khớp.
  - Loại bỏ chất tiết mủ và enzym
  - Cải thiện dinh dưỡng sụn khớp.
- Chọc hút mủ: phương pháp cơ bản nhất trong điều trị, chọc 1-2 lần trong ngày cho đến khi không còn dịch tiết tái lập lại. Nếu đáp ứng tốt 2-3 ngày, số lượng dịch sẽ giảm dần, chất lượng dịch dần trở lại bình thường trong vòng 4-5 ngày. Khi dấu hiệu viêm cấp lắng dịu thì thực hiện chương trình tập phục hồi chức năng. Nếu không cải thiện 24-48 giờ thì mổ dẫn lưu.
  - Mổ dẫn lưu :
    - Chỉ định: một số BS cho dẫn lưu ngay càng sớm càng tốt khi nhiễm trùng khớp được chẩn đoán. Mặc dầu một số khớp nhiễm trùng cần thiết mổ dẫn lưu, nhưng phần nhiều khớp không nhất thiết phải phẫu thuật mổ dẫn lưu. Yếu tố quyết định trong mổ dẫn lưu: dạng tràn dịch; vi khuẩn gây bệnh; đáp ứng hệ thống với nhiễm trùng; đáp ứng tại chỗ với nhiễm trùng; đáp ứng với trường hợp không mổ sớm, khớp bị ảnh hưởng. Viêm khớp nhiễm trùng do S aureus và trực khuẩn G (-) thường đòi hỏi mổ

dẫn lưu hơn là do Strepto và Neisseria( nhạy với kháng sinh). Nhiễm trùng vi khuẩn hỗn hợp cần thiết dẫn lưu mở. Khớp gối thì nên thực hiện chọc hút lập đi lại nhiều lần vì dễ chọc hút, trong khi khớp háng thì huynh hướng thường mở dẫn lưu thật sớm.

- (2) Chống chỉ định: rất hiếm, chỉ có tính chất trì hoãn, như bệnh hệ thống nghiêm trọng trì hoãn để sửa chữa rối loạn điện giải, cân bằng điện giải, và thiếu máu. Nhưng về phương diện khác mở dẫn lưu có thể cải thiện tình trạng này.
- (3) Phương pháp dẫn lưu: nguy cơ lớn nhất mở dẫn lưu là gây bội nhiễm 1 loại vi khuẩn khác. Hơn thế nữa khớp để hở dễ gây tổn thương khớp do tiếp xúc môi trường ngoài. Vì lý do này khi mở, dẫn lưu kín và tưới rửa trong vòng 3-5 ngày. Trong nhiễm trùng bán cấp và kinh niên nên để hở, dẫn lưu .
- (4) Theo dõi tránh biến chứng sau mổ:
  - Nếu dẫn lưu kín trong nhiễm trùng khớp cấp thì dẫn lưu trong 3-5 ngày không nên để lâu vì nguy cơ bội nhiễm. Không dùng kháng sinh trong dịch tưới rửa, vì gây tình trạng kích thích hoạt mạc, gây hư sụn khớp.
  - Nếu mở dẫn lưu để hở: thay băng 2-3 lần trong ngày đầu với tình trạng vô khuẩn tốt. Hậu quả nhiễm trùng khớp gây tình trạng hư khớp về sau
- c) Nghỉ ngơi và phục hồi chức năng: trong giai đoạn cấp nên cho khớp bất động tư thế chức năng tránh co rút khớp. Tập vận động khi qua giai đoạn cấp.