

# การติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส (Streptococcus Suis) ในกระแสเลือดพร้อมด้วย ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

วรุฒม์ เขมกูจันกร์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนิงกาฬ จังหวัดนิงกาฬ

## บทคัดย่อ

การติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส (*S.Suis*) ถือเป็นภาวะสำคัญทางสาธารณสุขเพราะทำให้เกิดการติดเชื้อได้หลายแห่งของร่างกาย ได้แก่ ติดเชื้อทางผิวหนัง ติดเชื้อกระแสเลือด ระบบหัวใจล้มเหลว ข้ออักเสบ และติดเชื้อทางระบบประสาททำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในคน คือ การสัมผัสกับสุกรและการบริโภคเนื้อสุกรดิบ ส่วนภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อย คือ ภาวะหูดับ ซึ่งก่อให้เกิดความพิการถาวรให้กับผู้ป่วยได้

รายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มาโรงพยาบาลด้วยปวดศีรษะรุนแรง 2 วัน

ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่มีไข้ ให้ประวัติว่าบริโภคเนื้อสุกรดิบ ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมีอาการ จากการตรวจวินิจฉัยพบว่าอาการปวดศีรษะเกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ *S.Suis* ได้ทำการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ขณะนอนรักษาผู้ป่วยมีอาการหูซ้ายได้ยินลดลง ทำการตรวจการได้ยินพบว่าการสูญเสียการได้ยินของหูทั้ง 2 ข้างทำการรักษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อาการปวดศีรษะดีขึ้น ไม่มีไข้ แต่การได้ยินไม่ดีขึ้น คงยังเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้

## บทนำ

เชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส (*Streptococcus suis, S.Suis*) เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ที่ก่อให้เกิดโรคในสุกร แต่ก็สามารถก่อให้เกิดโรค

ในมนุษย์ได้เช่นเดียวกัน<sup>1</sup> มีรายงานก่อโรคในคนครั้งแรกที่ประเทศเดนมาร์กเมื่อปี พ.ศ.2511 จำนวน 3 ราย<sup>2</sup> จากนั้นมีรายงานการติดเชื้อในคนจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี ค.ศ.2009

รับต้นฉบับ 20 พฤษภาคม 2564, ปรับปรุงต้นฉบับ 30 มิถุนายน 2564, ตอรับต้นฉบับตีพิมพ์ 8 กรกฎาคม 2564

มีรายงานการติดเชื้อ *S.Suis* ประมาณ 700 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในประเทศจีนและเวียดนาม และในปี ค.ศ.2012 มีการติดตามรายงานผู้ป่วย จากวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศไทย ซึ่งมี cumulative prevalent rate 8.21 คน/ล้านประชากร ประเทศเวียดนามมี cumulative prevalent rate 5.40 คน/ล้านประชากร และเนเธอร์แลนด์มี cumulative prevalent rate 2.52 คน/ล้านประชากร<sup>3</sup>

ในประเทศไทยพบรายงานครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2530 ที่ รพ.รามธิบดี จำนวน 2 ราย<sup>4</sup> หลังจากนั้นจนถึงปี 2552 มีรายงานผู้ป่วยรวมทั้งหมด 167 คน<sup>5</sup> ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในจังหวัดภาคเหนือ เป็นเพศชายที่มีประวัติสัมผัสกับหมูหรือกินเนื้อหมูดิบๆ

เชื้อ *S.Suis* มีระยะฟักตัวประมาณ 1-14 วัน สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนัง ติดเชื้อกระแสเลือด ติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจชั้นใน ข้ออักเสบ ติดเชื้อภายในลูกตา หรือติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้ค่อนข้างมากได้แก่ ภาวะหูดับชนิด high frequency sensorineural hearing loss และบางส่วนอาจมีอาการรุนแรงมากถึงขั้น profound hearing loss ได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทำให้เกิดความพิการแก่ผู้ป่วยได้มาก<sup>6</sup> นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ ตรวจพบภาวะ nystagmus ได้ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 หรือมีความผิดปกติของหูชั้นใน (labyrinth)<sup>7</sup> ทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี ภูมิลำเนา อ.เมือง บึงกาฬ จ.บึงกาฬ อาชีพ เกษตรกรรม

## อาการสำคัญ

ปวดศีรษะมากขึ้น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

## ประวัติปัจจุบัน

ประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานลาบหมูดิบ ไม่มีไข้ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีท้องเสียหรือถ่ายเหลว ไม่มีผื่นขึ้นตามร่างกาย ไม่มีปวดตามข้อ

2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดศีรษะทั่วๆ บอกจุดปวดไม่ได้ชัดเจน ปวดแบบรัดๆ ตื้อๆ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ไปตรวจรักษาที่คลินิกเอกชน ได้ยาไม่ทราบชนิดมารับประทาน แต่อาการไม่ดีขึ้น

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะมากขึ้น ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกายมากขึ้น ไม่มีไข้ ไม่มีตาพร่ามัว จึงมาโรงพยาบาล

## ประวัติอดีต

- แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว
- รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำ

## ประวัติส่วนตัว

- สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน สูบมาประมาณ 20 pack years

- หยุดดื่มสุราตั้งแต่ พ.ศ.2559
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด
- ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

- Stiffneck : negative
- Lymph node : no superficial lymphadenopathy

### ตรวจร่างกายแรกรับ

A middle age man with alert

Body weight 60 kgs. Height 165 cms.

**Vital signs** : BT 37.0 °C, RR 18/min, PR 84/min BP 180/84 mmHg

**HEENT** : pink conjunctivae, no icteric sclera, no oral ulcer, impalpable lymph node

**Heart** : normal S1S2, no murmur

**Chest and Lungs** : normal breath sound, no adventitious sound

**Abdomen** : soft, not tender, impalpable liver and spleen

**Extremities** : no pitting edema

**Neurological examination** :

- Conscious : alert and can follow command
- Speech : normal
- Gait : normal
- CN : intact all
- Motor : no atrophy, no fasciculation  
Motor power grade V all  
Deep tendon reflex 2+ all
- Babinski sign : plantar flexion both sides
- Clonus : negative both sides
- Sensory : intact all

### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- **CBC** : Hb 12.0 g/dL Hct 36.5% WBC 15,000/uL N 92.3% L 5.0% M 2.5% Eo 0.2% Plt. 143,000 /uL, rbc : normal morphology

- **Blood chemistry** : Cr 0.8 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 3.3 mEq/L, HCO 22.0 mEq/L, Cl 98 mEq/L

- **Cerebrospinal fluid ครั้งที่ 1** : color slightly turbid, WBC 148 cell/mm<sup>3</sup>, RBC 2,780 cell/mm<sup>3</sup> (trauma), PMN 95%, Lymph 5%, sugar 2 mg/dL (blood sugar 110), protein 666.8 mg/dL, india ink negative, G/S not seen microorganism, open pressure 30 cmH<sub>2</sub>O, closed pressure N/A

- **Cerebrospinal fluid ครั้งที่ 2 (5 วัน ถัดจากครั้งแรก)** : WBC 1,030 cell/mm<sup>3</sup>, RBC 11,200 cell/mm<sup>3</sup>(trauma), PMN 91%, Lymph 9%, sugar 3 mg/dL(blood sugar 100), protein 215.7 mg/dL

- **CXR** : normal

- **CT brain with contrast** : no abnormal enhancing lesion or venous sinus thrombosis, suspected lacunar infarction at Lt.frontal lobe and Lt.caudate nucleus.

- **Hemoculture** : *Streptococcus suis* 2 specimens

- Audiologic analysis : Rt. ear - moderate sensorineural hearing loss

Lt. ear - mixed sensorineural hearing loss

## การดำเนินโรค

ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก ร่วมกับปวดเมื่อยร่างกาย ไปรักษาที่คลินิกเอกชน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล และทำการตรวจร่างกายพบว่าไม่มีไข้ ไม่พบอาการคอแข็ง (stiffneck) จึงได้ทำ CT brain with contrast ผลปกติ ไม่มีข้อห้ามของการเจาะน้ำไขสันหลัง จึงได้เจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจพร้อมทั้งส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งเพาะเชื้อ ผลน้ำไขสันหลังพบ open pressure สูงเกินปกติ สีขุ่นเล็กน้อย WBC = 148 cell/mm<sup>3</sup> จำแนกชนิดเม็ดเลือดขาวได้ PMN 95%, Lymph 5%, RBC 2,780 cell/mm<sup>3</sup> (trauma), sugar 2mg/dL (blood sugar 110) ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำมาก และ protein 666.8 mg/dL ซึ่งสูงกว่าปกติ จึงได้วินิจฉัยเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ระหว่างรอผลน้ำไขสันหลังเพาะเชื้อ จึงได้ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชม. และ Ampicillin 2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชม. เพื่อให้ครอบคลุมเชื้อ *Listeria monocytogenes* ซึ่งมักพบเป็นสาเหตุเยื่อหุ้มสมองอักเสบในผู้สูงอายุ หลังจากรักษาอาการปวดศีรษะลดลงมาก ไม่มีอาการคอแข็งและไม่มีไข้

หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 2 วัน ผลเพาะเชื้อในเลือดและน้ำไขสันหลังออกผลเป็น *Streptococcus suis* ทั้งในเลือด 2 ขวดและน้ำไขสันหลัง จึงวินิจฉัยเป็นโรค *Streptococcus suis* bacteremia and meningitis ผล sensitivity ตรงกับยาปฏิชีวนะที่ให้ไว้แล้ว

ทั้ง 2 ตัว จึงได้ให้ยาเดิมต่อ อาการปวดศีรษะหายเกือบปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการคอแข็ง แต่ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน และหูซ้ายได้ยินลดลง ตรวจร่างกายไม่พบ nystagmus และความผิดปกติของ cerebellar sign ขณะนั้นคิดถึง peripheral vertigo สงสัยว่าน่าจะมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 จึงได้ให้การรักษาด้วย Betahistine mesylate และส่งตรวจ audiogram พบว่ามี moderate sensorineural hearing loss ของหูขวา และ mixed sensorineural hearing loss ของหูซ้าย จึงได้ให้ prednisolone 60 mg/day โดยลดขนาดลงภายใน 2 สัปดาห์ ในระหว่างการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่ปวดศีรษะ อาการเวียนลดลงมาก สามารถเดินเข้าห้องน้ำเองได้ ไม่ปวดเมื่อยตามร่างกาย และไม่มีไข้ ได้เจาะน้ำไขสันหลังซ้ำในวันที่ 5 ถัดจากครั้งแรก ผลพบว่า จำนวน WBC สูงขึ้น แต่ sugar และ protein ดีขึ้น สงสัยว่าจำนวน WBC ที่สูงเกิดอาจเป็นเพราะเจาะตรวจน้ำไขสันหลังครั้งแรกค่อนข้างเร็วซึ่งอาจทำให้ WBC อาจจะยังไม่ขึ้นสูงมากนัก ส่วน sugar และ protein ที่ดีขึ้นนั้นคิดว่าอาจจะเกิดจากการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะและเป็นไปตามทฤษฎีคือหลังการรักษา sugar และ protein csf profile มักจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นก่อน

หลังได้ยาปฏิชีวนะ 14 วัน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดศีรษะ ยังมีเวียนเล็กน้อย การได้ยินเท่าๆ เดิม ไม่แสบและ มีนัดตรวจติดตามอาการหลังจากนี้อีก 1 เดือน จึงได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

นัดตรวจติดตามที่ 1 เดือน อาการคงที่ การได้ยินเท่าๆ เดิม ไม่ปวดศีรษะ ไม่เวียน ไม่ไข้

## วิจารณ์

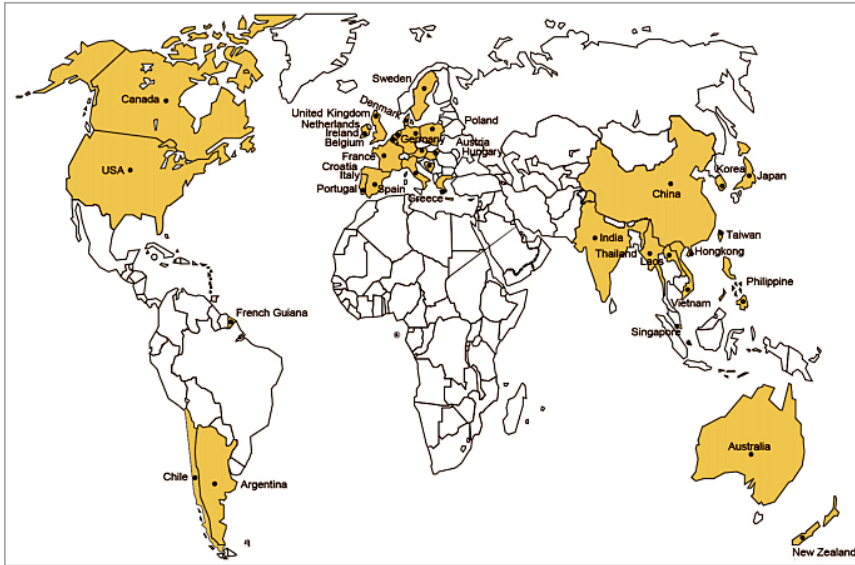
ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่พบในผู้ใหญ่ ส่วนมากมักเป็นเชื้อ *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* และ *Listeria monocytogenes* ที่อาจพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ ส่วนเชื้อที่เป็นสาเหตุในเด็กมักพบเป็น *Haemophilus influenzae* สำหรับเชื้อ *Streptococcus suis* เป็นสาเหตุที่พบรองลงมาของเยื่อหุ้มสมองในผู้ใหญ่<sup>9</sup> เชื้อนี้จัดอยู่ในกลุ่ม gram positive alpha หรือ gamma hemolytic *Streptococcus* ซึ่งพบอยู่ที่ต่อมทอลซิลของหมู โดยไม่ก่อให้เกิดโรค แต่หมูสามารถเป็นพาหะนำเชื้อได้<sup>9</sup>

ในปัจจุบันเชื้อ *S.suis* เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในคนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเชื้อนี้สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่สำคัญ รุนแรง และทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดข้ออักเสบ เป็นเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้ด้วย ปกติแล้วเชื้อ *S.suis* จะมีอยู่ 35 serotype แบ่งตามความแตกต่างของลักษณะ capsule antigens ของเชื้อ แต่ serotype 2 เป็นสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคได้มากที่สุดสำหรับคนและหมู<sup>10,11</sup> มีรายงานการแพร่กระจายของเชื้อกว่า 30 ประเทศทั่วโลก

(ภาพที่ 1) และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในคนรวมแล้วไม่น้อยกว่า 1,600 คนทั่วโลก<sup>12</sup>

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ *S.suis* ในคน คือ การบริโภคเนื้อหมูดิบ การสัมผัสหมูหรือเนื้อหมูดิบหรือทำอาชีพที่ต้องใกล้ชิดกับหมู และเพศชาย อาการที่พบบ่อยที่สุดจากการติดเชื้อ คือ ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ส่วนหูดับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด รองลงมาคืออาการวิงเวียน(vestibular dysfunction) ส่วน infective endocarditis สามารถพบได้และมีความสัมพันธ์ทำให้อัตราตายสูงที่สุด<sup>13</sup>

ในประเทศไทยมีรายงานสองรายแรกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี 2530 และจากนั้นมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มเติมอีก จากการทบทวนโดยการรวบรวมผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเป็นได้ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงสูงอายุ มีประวัติสัมผัสกับหมู รับประทานหมูดิบหรือเลือดหมูดิบ อาการป่วยมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (acute onset) มีส่วนน้อยที่เป็น subacute onset อาการผิดปกติสำคัญที่พบได้แก่ไข้ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย โดยผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ตรวจพบคอแข็งประมาณร้อยละ 50 มีอาการทางผิวหนังประมาณร้อยละ 40 มีบางส่วนมีอาการใจสั่น หายใจเหนื่อย และอาการรุนแรงจนเกิดระบบหายใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีส่วนน้อยที่พบข้ออักเสบ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 อักเสบ (ตารางที่ 1)<sup>14</sup>



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะ Global epidemiology ของ *S.suis* serotype 2 ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในมนุษย์ (พื้นที่สีเข้ม; ปกหลังดำนอก)

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการแสดงของผู้ป่วย

	N	%
Total cases	27	100.0
Symptoms and signs		
Fever at the onset of disease	27	100.0
Stiffness of neck	13	48.15
Skin manifestation	13	48.15
Hypotension / Shock	12	44.44
Central, peripheral cyanosis	11	40.74
Headache	11	40.74
Severe myalgia	10	37.04
Acute diarrhea	8	29.63
Hypothermia	8	29.63
Nausea, vomiting	6	22.22
Jaundice	4	14.81
Calf tenderness	3	11.11
History of skin injury	2	7.4
Cardiac murmur	2	7.4
Hepatomegaly	1	3.7
Prior to admission (day)	0-14	
- range		
- mean ± SD	(5.39 ± 3.7)	
Deafness (permanent)	12	44.44
Third cranial nerve palsy	2	7.4
Peritonitis	1	3.7
Endocarditis	2	7.4
Septic arthritis	2	7.4
Acute renal failure	11	40.74
Disseminated intravascular coagulopathy	11	40.74
Acute respiratory distress syndrome	11	40.74
Improve after treatment within	1-10	
- range (day)		
- mean ± SD	5.13 ± 2.64	
Recovery	15	55.56

การติดเชื้อในคน เชื้อจะมีระยะพักตัวประมาณ 1-14 วัน อาการทางคลินิกสามารถพบได้ตั้งแต่ การติดเชื้อที่ผิวหนังจากการสัมผัส ผื่นอาจจะเป็นลักษณะ ecchymosis, erythematous petechiae หรือ hemorrhagic bleb ได้ พบการติดเชื้อ sepsis หรือรุนแรงจนเกิด toxic shock syndrome ได้ พบภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ลึนหัวใจอักเสบติดเชื้อ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้ เมื่อเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบมักจะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบร่วมได้บ่อยคือภาวะหูดับหรือการได้ยินลดลง มีอาการเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้มากกว่าร้อยละ 50<sup>8,15,16</sup> ซึ่งจากรายงานของนิรมล นาวาเจริญ และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อนี้มีภาวะแทรกซ้อนคือการได้ยินลดลง ถึงร้อยละ 100 และเมื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 17 เดือนพบว่าร้อยละ 73 สูญเสียการได้ยินชนิดถาวร และเมื่อทำ CT และ MRI สมอง พบลักษณะของ labyrinthitis ossificans ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะที่พบหลังการติดเชื้อที่ labyrinth<sup>17</sup> จึงสันนิษฐานได้ว่า เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *S.suis* อาจทำให้เกิด labyrinthitis และทำให้เกิดอาการเวียนและการได้ยินลดลงได้<sup>18</sup>

การรักษาพบว่า เชื้อ *S.suis* มักตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม penicillin ค่อนข้างดี และผลการรักษาค่อนข้างดี แต่ก่อนหน้านี้อีกมีรายงานผู้ป่วยสองรายที่เชื้อ *S.suis* ติดต่อยา penicillin แต่สุดท้ายแล้วการรักษาก็ควรขึ้นอยู่กับ การทดสอบความไวของยาปฏิชีวนะที่ตรงกับเชื้อเป็นหลัก การพยากรณ์โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อนี้ค่อนข้างดีและโรคมักไม่ค่อยมีการกำเริบหรือเป็นซ้ำ<sup>19</sup> ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock

ร่วมด้วยจะมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ส่วนการได้ยินลดลงไม่ว่าจะเป็นข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง พบว่ามีแนวโน้มจะเป็นแบบชนิดถาวรประมาณร้อยละ 50 และที่สำคัญภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เกิดจากเชื้อนี้จะทำให้เกิดการได้ยินลดลงร้อยละ 100<sup>18,19</sup>

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรง 2 วัน ไม่มีไข้ ไม่มีอาการคอแข็ง ถึงแม้ว่าจะยังไม่เหมือนภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ แต่เนื่องจากอาการปวดศีรษะเป็นรุนแรงและเร็ว ร่วมกับเป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นใหม่ (new onset) จึงตัดสินใจรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจหาสาเหตุเพิ่มเติม และจากการตรวจ CT สมอง ไม่พบความผิดปกติที่อธิบายสาเหตุของอาการปวดศีรษะและไม่มีข้อห้ามของการเจาะน้ำไขสันหลัง จึงได้เจาะน้ำไขสันหลังตรวจเพิ่มเติม ซึ่งผลน้ำไขสันหลังที่ออกในตอนแรกมีลักษณะคล้ายภาวะ bacterial meningitis จึงได้ให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้ออย่างกว้างไปก่อน หลังจากให้ยาอาการผู้ป่วยดีขึ้น ปวดศีรษะลดลง ปวดเมื่อยตามร่างกายลดลง ร่วมกับถัดมาผลตรวจเพาะเชื้อจากเลือดและน้ำไขสันหลังออก ผลเป็น *Streptococcus suis* จึงวินิจฉัยเป็น Streptococcus suis bacteremia and meningitis ซึ่งจากการซักประวัติเพิ่มเติมได้ว่า ผู้ป่วยรับประทานหมูดิบประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนจะเริ่มปวดศีรษะ ผลเพาะเชื้อมีความไวต่อยาปฏิชีวนะที่ให้ไว้แล้ว จึงได้ให้ยาเดิมต่อ แต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเวียน บ้านหมุน และหูซ้ายได้ยินลดลง ตรวจร่างกายไม่พบ cerebellar sign ผิดปกติ สงสัยว่าน่าจะมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 จึงได้ส่งตรวจ audiogram ต่อ ซึ่งผลออกมามีความผิดปกติจริง คิดว่าน่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคนี้

จึงได้ให้ยา prednisolone รับประทาน จากนั้นอาการปวดศีรษะดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีไข้ วิงเวียนลดลง แต่การได้ยินยังทรงตัว

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรง วิงเวียน ร่วมกับการได้ยินลดลง ประกอบกับมีประวัติรับประทานหมูดิบ ต้องคิดถึงการติดเชื้อ *S.suis* ไว้มือ ควรรับไว้ในโรงพยาบาล ส่งตรวจน้ำไขสันหลัง พร้อมกับให้ยาปฏิชีวนะและยาอื่น ๆ ที่เหมาะสมไปก่อนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในภายหลัง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้นัดตรวจติดตามอาการที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลคือ การได้ยินยังเท่าเดิม ส่วนอาการอื่นปกติ

## สรุป

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ การได้ยินลดลง มีประวัติรับประทานหมูดิบ หรือสัมผัสกับหมู ซึ่งอาจจะไม่มีไข้และคอแข็งก็ตาม ควรจะต้องคิดถึงการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ไว้มือด้วยเสมอ การรักษาค่อนช้าได้ผลดีโดยยาปฏิชีวนะกลุ่ม Penicillin ยังใช้ได้ผล ส่วนการให้ corticosteroid เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเรื่องการได้ยินนั้น ยังไม่สามารถสรุปว่าได้ผลจริงเนื่องจาก รายงานที่ผ่านมามีทั้งที่อาการดีขึ้นและแย่ลง<sup>17</sup> จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตต่อไป

สุดท้ายแล้วการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ การณรงค์ให้บริโภคอาหารที่ปรุงสุกโดยเฉพาะเนื้อหมู น่าจะทำให้อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ลดลงได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Hlebowicz M, Jakubowski P, Smiatacz T. Streptococcus suis meningitis: epidemiology, clinical presentation and treatment. vector-borne and zoonotic diseases;10.1089/vbz.2018
2. Pearch B, Kristjansen P, Skadhauge KN. Group R Streptococcus pathogenic for man : two cases of meningitis and one case of sepsis. Acta Pathol Microbiol Scand 1968;74:69-76.
3. Huong V, Ha N, Huy NT, Horby P, et al. Epidemiology, clinical manifestations, and outcomes of Streptococcus suis infection in humans. Emerg Infect Dis 2014;20:1105-14.
4. Phuapradit P, Boongrid P, Boonyakarnkul S, et al. Meningitis caused by Streptococcus suis. Intern Med 1987;3: 120-2.
5. Vilaichone RK, Mahachai V, Nunthapisud P. Streptococcus suis peritonitis: case report. J Med Assoc Thai 2000;83:727-47.
6. Suankratay C, IntaLapaporn P, Nunthapisud P, Arunyingmongkol K, Witde H. Streptococcus suis meningitis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2004;35:868-76.



7. Fongcome A, Pruksakorn S, Mongkol S, et al. Streptococcus suis infection in Northern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2001;84:1502-8.
8. Kay R, Cheng AF, Tse CY. Streptococcus suis in Hong Kong. *Q J Med* 1995;88: 39-47.
9. Williams DM, Lawson GH, Rowland AC. Streptococcal infection in piglets: the palatine tonsils as portals of entry for Streptococcus suis. *Rev Vet Sci* 1973; 15:352-62.
10. Zajkowska J, Crupryna P, Pancemisz S, et al. Fatal outcome of tick-borne encephalitis-a case series. *Neuro Neurochir Pol* 2011;45:402-6.
11. Gelpi E, Preusser M, Laggner U, Heinz FX, et al. Inflammatory response in human tick-borne encephalitis: analysis of postmortem brain tissue. *J Neurovirol* 2006;12:322-7.
12. Feng Y, Zhang H, Wu Z, Wang S, et al. Streptococcus suis infection an emerging/reemerging challenge of bacterial infectious disease. *Virulence* 2014;4:477-97.
13. Rayanakom A, Hing Goh B, Hunlee L, et al. Risk factor for Streptococcus suis infection: A systemic review and meta-analysis. *Scientific Report* 2018; 8:13358.
14. Teekakirikul P, Wiwanitkit V. Streptococcus suis infection: overview of case reports in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2003; 2:178-83.
15. Yu H, Jing H, Chen Z, Zheng H, et al. Human Streptococcus suis outbreak, Sichuan, China. *Emerg Infect Dis* 2006; 12:914-20.
16. Fongcome A, Prusakorn S, Mongkol S, Tharavichitkul P, Yoonim N. Streptococcus suis infection in Thailand. *J Med Asso Thai* 2001;84:1502-8.
17. Navacharoen N, Chantharochavong V, Hanprasertpong C, et al. Hearing and vestibular loss in Streptococcus suis infection from swine and traditional raw pork exposure in Northern Thailand. *The journal of Laryngology and Otology* 2009;123:857-62.
18. Kay R. The site of the lesion causing hearing loss in bacterial meningitis: a study of experimental streptococcus meningitis in guinea pigs. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1991;17:485-93.
19. Chotmongkol V, Janma J, Kawamatawong T. Streptococcus suis meningitis: report of a case. *J Med Assoc Thai* 1999;82:922-4.