

โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด (Mushroom poisoning)

สำนักกระบาดวิทยา ได้รับการรายงานผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษทุกปี เห็ดที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ เป็นเห็ดป่าที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ชาวบ้านเก็บมาเองในบริเวณที่พิกอาศัยและในป่าหรือซื้อมาจากตลาด ที่มีผู้เก็บมาจำหน่ายเป็นประจำทุกปี แต่ก็ยังมีผู้ได้รับพิษจากการบริโภคเห็ดที่เกิดขึ้นอีกเนื่องจากเห็ดเหล่านี้ โดยเฉพาะในขณะที่ยังอ่อนมีลักษณะดอกตูมหรือบานไม่เต็มที่ จะมีรูปร่างทั่วไปคล้ายคลึงกับเห็ดที่รับประทานได้ ซึ่งแยกได้ยากทำให้เกิดความเข้าใจผิดนำมาบริโภค นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าเห็ดสามารถดูดซึมสารต่าง ๆ ได้ดี หากเห็ดที่รับประทานได้นั้นเกิดขึ้น ในบริเวณที่มีสารเคมีหรือสารพิษตกค้าง หรือเกิดขึ้นบนต้นไม้ที่มีพิษ เห็ดเหล่านั้นก็จะกลายเป็นเห็ดพิษได้เช่นกัน และมีหลายเหตุการณ์ยืนยันได้ว่า เห็ดที่นำมาบริโภคและเกิดพิษเป็นเห็ดที่เก็บมาจากบริเวณที่เคยเก็บมารับประทานเป็นประจำทุกปี

เห็ดพิษ⁽¹⁾ (poisonous mushroom) ที่สำคัญและเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตที่พบบ่อยนั้น คือ เห็ดป่าในสกุล *Amanita* หรือเห็ดระโงกพิษที่สำคัญ คือ *Amanita verna*, *Amanita virosa* และ *Amanita phalloides* ซึ่งมีชื่อเรียกตามภาษาท้องถิ่น อาทิ เห็ดระโงก เห็ดไข่ตายซาก (ฮาก) เห็ดระงากหรือสะงาก เห็ดไข่ห่าน เห็ดไข่เป็ด เห็ดโม่งโง้งหรือเห็ดไข่ห่านตีนตัน เป็นต้น เห็ดเหล่านี้จะมีสารพิษกลุ่ม protoplasmic poisons ชนิด Amatoxin (Amanitin) และ Phallotoxin (Phalloidins) ซึ่งเป็นสารพิษที่รุนแรงที่สุด และทนต่อความร้อนหลังจากรับประทานเข้าไป แล้วอาจเกิดอาการได้ตั้งแต่ 2 - 3 ชั่วโมงแรก แต่โดยส่วนใหญ่มักเกิดอาการค่อนข้างช้าประมาณ 6 - 12 ชั่วโมง ทำให้กว่าผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ สารพิษก็ถูกดูดซึมไปจากทางเดินอาหารเกือบหมดแล้ว การล้างท้องจึงมักไม่ค่อยได้ผล อาการแสดงที่พบส่วนใหญ่ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเป็นน้ำ โดยจะแสดงอาการประมาณ 2 - 3 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น แต่จะตรวจพบเอนไซม์ตับสูงขึ้นเรื่อย ๆ ต่อมาเกิดภาวะตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการจะรุนแรงมากขึ้น มีระบบเลือด หายใจและอวัยวะภายในล้มเหลว และเสียชีวิตจากภาวะตับหรือไตวายภายในระยะเวลา 4 - 16 วัน และจากการศึกษา พบว่า เฉพาะ *Amanita phalloides* จำนวน 1 ต้น ก็ทำให้ผู้ใหญ่เสียชีวิตได้⁽²⁾

สถานการณ์และแนวโน้มของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด

จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบว่า อุบัติการณ์ของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด ในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2547 - 2556 : ค.ศ. 2004 - 2013) มีแนวโน้มลดลงจาก 3.36 เป็น 2.14 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยที่มีการรายงานที่ได้รับพิษจาก

การรับประทานเห็ดอยู่ระหว่าง 1,303 - 1,381 รายต่อปี ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตในปีที่มีอัตราตายสูง พบผู้เสียชีวิตมากกว่า 10 รายเป็นต้นไป และพบสูงสุด 24 รายในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012)

ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้มีอาการเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด

ในปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ด จำนวน 1,381 ราย อัตราป่วย 2.14 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.22 อัตราป่วยตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) ร้อยละ 1.12 รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2004) (0.92%) และปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) (0.84%) (รูปที่ 1)

ในปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) พบผู้ป่วยตลอดปีสูงสุดในเดือนสิงหาคม จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 257 ราย ร้อยละ 19.91 รองลงมาคือ กรกฎาคม 226 ราย (16.36%) และพฤษภาคม 217 ราย (15.71%) (รูปที่ 2) ผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด พบได้ตลอดทั้งปีและเนื่องจากเห็ดมีการเจริญเติบโตตามฤดูกาล จึงพบผู้ป่วยสูงมากในช่วงฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงกันยายน และจำนวนผู้ป่วยจะลดน้อยลงชัดเจนเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาวของทุกปี

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - 2556 (ค.ศ. 2009 - 2013) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่งมาโดยตลอด ยกเว้นปี พ.ศ. 2554 (ค.ศ. 2011) ภาคเหนือ มีอัตราป่วยมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเล็กน้อย แต่ในปี พ.ศ. 2555 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับมามีอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดสูงกว่าภาคอื่น ๆ อีกและสูงกว่าทุก ๆ ปีที่ผ่านมา และปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) ภาคเหนือมีอัตราป่วยมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเล็กน้อยอีกครั้ง (รูปที่ 3)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ เชียงราย อัตราป่วยเท่ากับ 17.13 รองลงมาคือ เลย (15.53) พังงา (13.54) ศรีสะเกษ (11.57) นครพนม (8.60) อำนาจเจริญ (8.29) อุบลราชธานี (8.03) พะเยา (7.18) บึงกาฬ (5.31) และสระแก้ว (4.55) (รูปที่ 4) โดยพบผู้ป่วยที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 1,192 ราย ร้อยละ 86.31 ในเขตเทศบาล 189 ราย ร้อยละ 13.69

พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 809 ราย เพศชาย 572 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.4 ผู้ป่วยสัญชาติไทย ร้อยละ 96.96 รองลงมาคือ พม่า (1.59%) ลาว (0.72%) และอื่น ๆ (0.58%) พบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ อายุต่ำ

สุด 2 เดือน อายุสูงสุด 95 ปี กลุ่มอายุ 55 - 64 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 3.61 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป (2.92) และกลุ่มอายุ 45 - 54 ปี (2.84) ซึ่งการกระจายของ อายุผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายกันทุกปี (รูปที่ 5)

สัดส่วนอาชีพที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 49.82 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (21.51%) นักเรียน (14.27%)

ผู้ป่วยที่มีอาการเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ส่วนใหญ่ เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 81.32 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (15.35%) สถานีอนามัย (3.19%) เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 79.36 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 20.64

จากรายงานการสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษที่ได้รับทั้งหมด 6 เหตุการณ์ ในจำนวนนี้เป็นเหตุการณ์ที่มีเฉพาะผู้ป่วย 5 เหตุการณ์ และเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตร่วมด้วย 1 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 3 ราย สำหรับเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตมีรายละเอียดดังนี้

พบผู้เสียชีวิต 3 ราย ที่บ้านจ่อคี ตำบลแม่หละ อำเภอกองปางในนา ประมาณ 1 ไร่ และได้จากญาติอีก 1 ไร่ ซึ่งลักษณะเห็ดเป็นเห็ดไข่ห่านสีขาว ช่วงเวลาที่รับประทาน คือ 17.00 น. ของวันที่ 9 มิถุนายน 2556 ซึ่งผู้ป่วยเป็นชาวกระเหรี่ยง รับประทานพร้อมกันจำนวน 11 คน ป่วยทุกคน หลังรับประทานประมาณ 13 ชั่วโมง เริ่มมีอาการ ปวดท้อง อาเจียน เวียนศีรษะ และถ่ายเป็นน้ำ รับประทานรักษาเป็นผู้ป่วยใน 5 ราย และผู้ป่วยนอก 3 ราย เสียชีวิต 3 ราย ได้แก่ รายแรกเสียชีวิตที่บ้าน เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2556 รายที่ 2 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2556 และรายที่ 3 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2556 ไม่ได้ส่งตัวอย่างเห็ดตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) การเสียชีวิตน่าจะเกิดจากเห็ดสกุล Amanita โดยดูจากระยะเวลาจากการรับประทานถึงเวลาที่เริ่มมีอาการ รวมทั้งลักษณะของเห็ดที่คล้ายไข่ห่าน และจังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุด ยังคงอยู่ในภาคเหนือตอนบน ซึ่งพบปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่ในระยะหลังมักเกิดในกลุ่มชาวเขา ซึ่งต้องมีการปรับแนวทางการให้ความรู้กับประชาชน โดยเปลี่ยนจากการพยายามให้ข้อมูลแก่ประชาชนในการแยกเห็ดพิษและเห็ดกินได้ มาเป็นรณรงค์ให้เลิกกินเห็ดในกลุ่ม Amanita และจัดทำโปสเตอร์สีรูปเห็ดพิษ พร้อมชื่อตามภาษาท้องถิ่นและรูปเห็ดที่รับประทานได้ แจกจ่ายไปในพื้นที่ที่มีการรายงานการเจ็บป่วยด้วยเห็ดพิษ ทุกหมู่บ้านไว้ตามสถานที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน วัด ตลาดและหน่วยงานการเกษตร เป็นต้น ตั้งแต่ช่วงจะเริ่มเข้าสู่ฤดูฝนและเน้นกับประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

1. พื้นที่ที่เคยมีรายงานผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดเสียชีวิตมาก่อน ต้องตระหนักว่ามีเห็ดพิษชนิดรุนแรง อยู่ในพื้นที่ ซึ่งสามารถเจริญเติบโตซ้ำได้ทุก ๆ ปีในช่วงฤดูฝน ดังนั้น ก่อนเข้าสู่ฤดูฝนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ต้องประชาสัมพันธ์ ถึงภัยจากการรับประทานเห็ดที่ขึ้นตามธรรมชาติ แนะนำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเก็บเห็ดป่ามารับประทาน

1.1 ในพื้นที่ที่พบการเสียชีวิตจากกลุ่มระงอกพิษ (ส่วนใหญ่ของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือในบางพื้นที่) ต้องแนะนำให้ประชาชนหยุดกินเห็ดไข่ห่าน เห็ดโมงโก้ง เห็ดระงอก เห็ดซึ้กะเดือนหรือเห็ดระงอกที่ยังเป็นดอกอ่อน ซึ่งมีลักษณะเป็นก้อนกลมรีคล้ายไข่ เนื่องจากเห็ดกลุ่มนี้ขณะดอกอ่อนจะมีลักษณะเหมือนกันหมด แยกได้ยากจากเห็ดที่กินได้ และหากเป็นไปได้ควรหยุดกินเห็ดกลุ่มดังกล่าวไปเลย เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงที่จะไปเจอเห็ดพิษ ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้ในพื้นที่ที่เป็นประชากรกลุ่มชาวเขา การให้ความรู้ต้องใช้ภาษาและวิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น ซึ่งจะมีความยากขึ้นกว่าประชากรทั่วไป

1.2 ในพื้นที่ภาคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ภาคเหนือ เจ้าหน้าที่ต้องศึกษาปัญหาเห็ดพิษ ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของพื้นที่ว่ามักจะเป็นกลุ่มใด (ในกรณีที่ไม่ใช่กลุ่มระงอกพิษ) เพื่อที่จะศึกษาให้ละเอียดและให้คำแนะนำได้ตรงกับปัญหาของพื้นที่

2. การทดสอบภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่ใช้ในการแยกชนิดระหว่างเห็ดที่กินได้และเห็ดพิษในหลายวิธี เช่น การต้มกับข้าวสาร หรือการต้มกับขอนเงิน แล้วเปลี่ยนสีไม่สามารถนำมาใช้กับเห็ดกลุ่มระงอกพิษได้

3. ควรหลีกเลี่ยงการกินเห็ดร่วมกับการดื่มสุรา เพราะเห็ดพิษบางชนิดพิษจะรุนแรงขึ้น

4. การปฐมพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นที่สำคัญที่สุด คือ ทำให้อาเจียนออกมาให้หมดโดยการล้วงคอหรือกรอกไข่ขาว ไม่ควรซื้อยากินเองหรือไปรักษากับหมอพื้นบ้าน จะต้องรีบไปพบแพทย์และให้ประวัติการกินเห็ด ทั้งชนิดและปริมาณแก่แพทย์ผู้ให้การรักษาโดยละเอียด

5. ผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอหรือมีโรคประจำตัว ควรหลีกเลี่ยงการกินเห็ดโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคตับและไต

6. หากพบผู้ป่วยในพื้นที่แล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ต้องทำการแจ้งเตือนสถานการณ์ให้ประชาชนรับทราบเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักและระมัดระวังในการรับประทานเห็ด

7. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแลผู้ป่วยทุกระดับ หากพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ต้องให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือนัดติดตามอาการทุกวัน จนกว่าจะหายเป็นปกติเนื่องจากเห็ดพิษชนิดร้ายแรง เช่น กลุ่มระงอกพิษทำให้ผู้ป่วยมีเพียงอาการคลื่นไส้ อาเจียนเท่านั้นใน

24 ชั่วโมงแรก แต่หลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงตามมา ได้แก่ การทำงานของตับและไตล้มเหลวทำให้เสียชีวิตได้

8. หากพบผู้เสียชีวิต ควรมีการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างเห็ดป่า มาตรวจแยกชนิดเห็ดและตรวจหาความเป็นพิษ เพื่อที่จะได้ทราบว่า มีเห็ดพิษร้ายแรงชนิดใดอยู่ในพื้นที่ และประกาศเตือนประชาชนในพื้นที่ต่อไป

9. พื้นที่ที่มีการเก็บเห็ดป่ามาวางขายตามตลาด ควรมีการสุ่มตัวอย่างเห็ดป่าที่วางขายเหล่านั้น มาตรวจแยกชนิดและตรวจหาสารพิษเป็นระยะ

เอกสารอ้างอิง

1. อองศ์ จันท์ศรีกุล และนันทินี ศรีจุมปา. เห็ดพิษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทนวัตกรรมการพิมพ์ประเทศไทยจำกัด; 2543
2. สมิง เก่าเจริญ และคณะ. หลักการวินิจฉัยและรักษาภาวะเป็นพิษ. พิมพ์ครั้งที่ 1: ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2541.
3. สิทธิลักษณ์ รังษีวงศ์, พจมาน ศิริอารยาภรณ์. สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากรับประทานเห็ดป่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 18 มิถุนายน 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44: 401-3.

ผู้เรียบเรียง

พัชรีดา วรรณศิริ

บรรณาธิการวิชาการ

ดร.พญ.พจมานศิริอารยาภรณ์

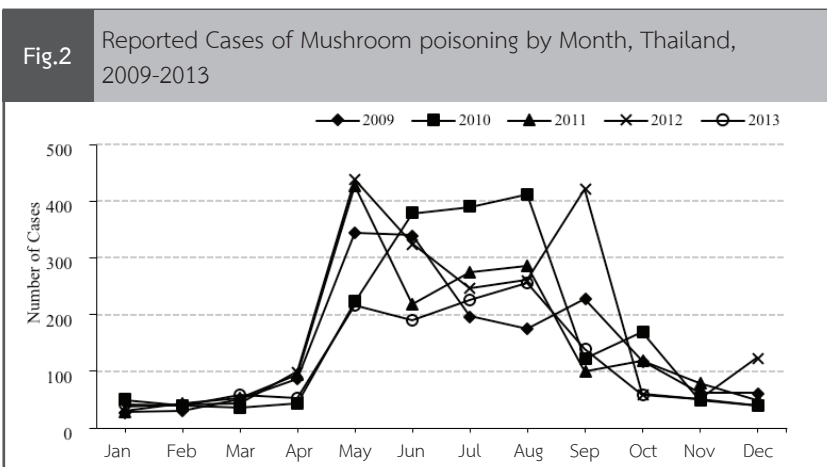
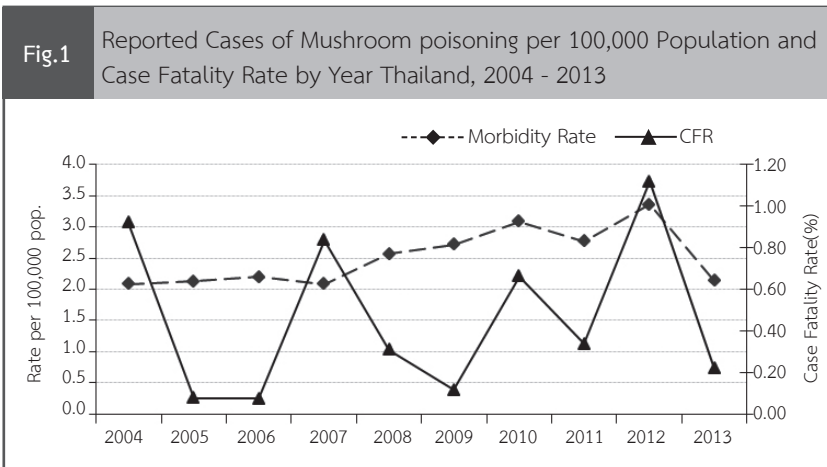


Fig.3

Reported Cases of Mushroom poisoning per 100,000 Population by Region, Thailand, 2009-2013

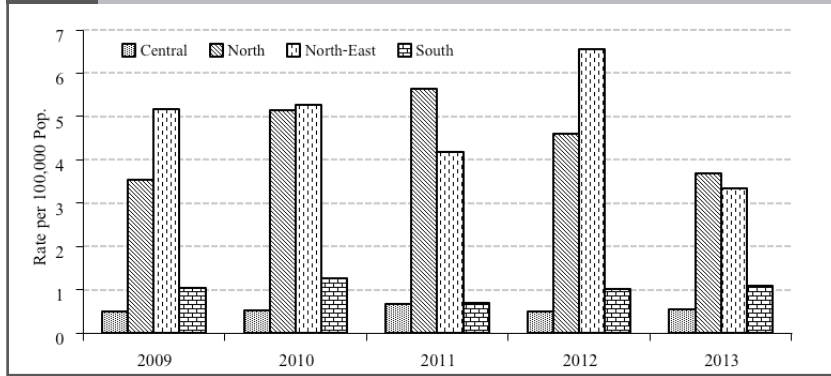


Fig.4

Reported Cases of Mushroom Poisoning per 100,000 Population by Province, Thailand, 2013

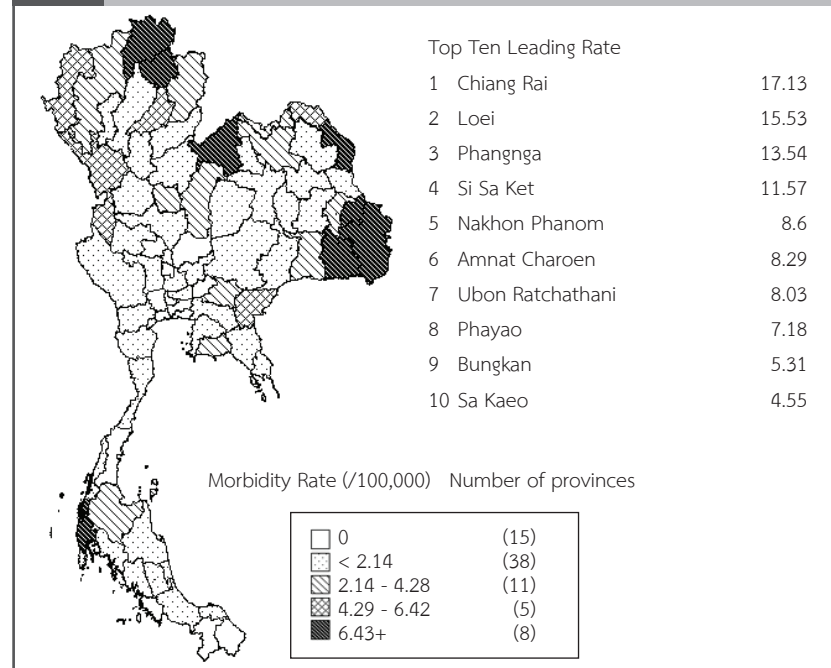


Fig.5

Reported Cases of Mushroom poisoning by Age-group, Thailand, 2013

