

# โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด (Mushroom poisoning)

ในปี พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด (Mushroom poisoning) 1,232 ราย อัตราป่วย 1.90 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 4 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.32 อัตราป่วยตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) ร้อยละ 1.12 รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2004) (0.92) และปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) (0.84) ในปี พ.ศ. 2557 (รูปที่ 1) มีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมจนถึงกันยายน สูงสุดในเดือนกรกฎาคม 276 ราย ร้อยละ 22.40 รองลงมา คือมิถุนายน 253 ราย (20.54) และกันยายน 243 ราย (19.72) จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2556 (ค.ศ. 2003 - 2013) โดยภาพรวมแล้ว ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด เป็นไปตามฤดูกาลที่พบสูงสุดในช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงของการเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ของเห็ดป่า (รูปที่ 2)

ผู้ป่วยเพศชาย 488 ราย เพศหญิง 744 ราย อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1 : 1.5 ผู้ป่วยสัญชาติไทย ร้อยละ 97.89 รองลงมา คือ พม่า (1.05%) กัมพูชา (0.73%) และลาว (0.08%) พบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุ 55 – 64 ปี มีอัตราป่วย สูงสุด 18.75 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ 65 ปีขึ้นไป (2.80) และ 45 - 54 ปี (2.26) (รูปที่ 3) ผู้ป่วยที่มีอาการเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 83.52 รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (11.53%) สถานีอนามัย (3.41%) เป็นผู้ป่วย นอก ร้อยละ 75.81 และผู้ป่วยใน (24.19%) อาชีพที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 55.36 รองลงมาคือ รับจ้าง (18.18%) และนักเรียน (10.63%)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ พังงา 16.13 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ศรีสะเกษ (14.96) เชียงราย (10.61) อุบลราชธานี (10.54) และน่าน (6.48) (รูปที่ 4) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3.20 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (2.91) ภาคใต้ (0.91) และภาคกลาง (0.48) ผู้ป่วยอาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 77.92 ในเขตเทศบาล ร้อยละ 20.45

ข้อมูลที่ได้รับแจ้งตามระบบด้วยโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดประจำสัปดาห์ (Outbreak verification) ของสำนักกระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2557 พบ 14 เหตุการณ์ ในจำนวนนี้มี 4 เหตุการณ์ที่พบรายงานการเสียชีวิต จังหวัดที่พบผู้เสียชีวิต คือ จังหวัดเชียงใหม่ 4 ราย อุบลราชธานี 2 ราย และพิษณุโลก 1 ราย สำหรับเหตุการณ์ที่พบผู้เสียชีวิตมากที่สุดที่จังหวัด เชียงใหม่ มีรายละเอียดเหตุการณ์ ดังนี้

พบอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด 3 เหตุการณ์ ที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงและเสียชีวิต ในช่วงเดือนมิถุนายน ผู้ป่วย เสียชีวิตอายุระหว่าง 42 - 62 ปี กระจายไปในหลายพื้นที่ ได้แก่ 1. ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย มีผู้รับประทานร่วมกัน 2 ราย ผู้เสียชีวิต 1 ราย 2. ตำบลแม่ต๋อน อำเภออมก๋อย มีผู้รับประทาน ร่วมกัน 3 ราย เป็นผู้เสียชีวิต 1 ราย 3. ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ รับประทานร่วมกัน 3 ราย เสียชีวิต 2 ราย และอาการรุนแรง 1 ราย

จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมีประวัตินำเห็ดหลากหลายชนิดมารับประทานด้วยวิธีการต้มจนสุก ร่วมกับการดื่มสุรา จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เห็ดที่ผู้เสียชีวิตรับประทานมีหลากหลายชนิดโดยมีประสบการณ์มาก่อน แต่ชนิดที่รับประทานเหมือนกันทั้ง 3 เหตุการณ์ คือ เห็ดที่คนในพื้นที่เรียกว่า “เห็ดไข่ห่าน” ผู้เสียชีวิตและผู้รับประทานด้วยกัน ส่วนใหญ่มีอาการอาเจียน และถ่ายเหลว หลังรับประทานเห็ดที่ปรุงสุก 6 – 12 ชั่วโมง ผู้เสียชีวิต และผู้ที่มีอาการรุนแรง พบว่ามีภาวะตับวาย (liver failure) ตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต คล้ายกันกับลักษณะการออกฤทธิ์ของ amatoxin ที่พบได้ในกลุ่มเห็ดพิษ genus *Amanita* ที่มีลักษณะคล้ายกับ “เห็ดไข่ห่าน” ที่ชาวบ้านนำมารับประทาน จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยน่าจะได้รับพิษจาก amatoxin เนื่องจากทำให้เกิดภาวะตับวาย การให้ยากลุ่ม penicillin G และ N-acetylcysteine เพื่อยับยั้งการดูดซึมสารพิษเข้าสู่ตับ จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อีกทั้งการติดตามค่า liver function test เป็นระยะอาจช่วยลดการสูญเสียชีวิตผู้ป่วยได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เสียชีวิต คือ การขาดทักษะความชำนาญในการจำแนกลักษณะเห็ดพิษโดยเฉพาะเห็ดที่มีลักษณะดอกสีขาวที่ชาวบ้านเรียกว่า “เห็ดไข่ห่าน” พบว่าคล้ายเห็ดใน genus *Amanita* ซึ่งมีทั้งมีพิษและไม่มีพิษ การจำแนกจำเป็นต้องอาศัยความชำนาญในการสังเกตอย่างละเอียดทั้งระยะตุ่มและบาน ซึ่งในระยะตุ่มจะแยกออกจากกันได้ยาก การที่ชาวบ้านเชื่อว่าเห็ดลักษณะดังกล่าวสามารถบริโภคได้โดยใช้วิธีการต้มจนสุกมีปัญหาวงบ้านนั้นอาจนำมาสู่ความผิดพลาดได้ จากการสังเกตวิถีชาวบ้าน พบว่า มีการเก็บเห็ดจากป่ามาเพื่อขายตามตลาดโดยทั่วไป รวมทั้งผู้เดินทางที่มาจากนอกพื้นที่ที่มีพฤติกรรมเก็บเห็ดตามริมทางถนน เพื่อไปบริโภคในครัวเรือนด้วย ซึ่งเสี่ยงต่อการรับประทานเห็ดพิษโดยไม่ตั้งใจและก่อให้เกิดการป่วยในวงกว้างได้

ในปี พ.ศ. 2557 ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ได้รับตัวอย่างจากศูนย์พิษวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์

สาธารณสุข เพื่อการวินิจฉัยชนิดด้วยวิธีทางสัณฐานวิทยาและชีวโมเลกุล รวมถึงทดสอบการสร้างยีนพิษกลุ่ม Amatoxins และ Phallotoxins ด้วยวิธีทางชีวโมเลกุลจำนวน 37 ตัวอย่าง จาก 9 กรณีศึกษา ซึ่งมาจากภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า เป็นเห็ดพิษอยู่ 5 ชนิดได้แก่ เห็ดระงาก หรือ เห็ดระงอกหิน *Amanita exitialis*, เห็ดเมือกโครเหลือง ซึ่งใกล้เคียงกับเห็ดชื่อ *Lactarius cf. scrobiculatus*, เห็ดหัวกรวดครีบเขียว *Chlorophyllum molybdites* และอีกสองชนิดสุดท้ายคือ เห็ดหมวกจีน ที่ไม่สามารถจัดจำแนกได้ จัดอยู่ในสกุล *Entoloma*

ผลจากการศึกษา พบว่า เห็ดพิษที่กระจายทั่วทุกภูมิภาคในประเทศไทย คือ เห็ดหัวกรวดครีบเขียว หรือ *Chlorophyllum molybdites* เป็นเห็ดที่พบได้ตามพื้นที่ที่มีหญ้า ขอบเขื่อนกลางแจ้งมีเอกลักษณ์ คือ ผิวหมวกจะแตกสะเก็ดแบบบาง ๆ ติดอยู่บนหมวกที่มีขนาดใหญ่หรือเล็กสีขาว ซึ่งมาจากเนื้อเยื่อชั้นนอกสุดที่หุ้มดอกเห็ดเมื่อตูม และไม่ขยายตัวตามขนาดดอกเยื่อหุ้ม จึงเกิดการฉีกขาดหลงเหลืออยู่บนหมวก มีวงแหวนรอบก้านหนาสีขาว ก้านยาวสูงแข็ง และเมื่อแก่จัดครีบใต้หมวกดอกจะเปลี่ยนจากสีขาวไปเป็นสีเขียวย่น ทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นเห็ดคนกึ่งซึ่งมีลักษณะคล้ายกัน แต่เห็ดคนกึ่งจะเกิดบนหมวกจะหนาใหญ่กว่า ครีบใต้ดอกไม่เปลี่ยนคือมีสีขาวตลอดอายุ เห็ดในกลุ่มนี้จะก่อให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเห็ด และความแข็งแรงของผู้บริโภคและปริมาณที่รับประทาน จากอดีตจนถึงปัจจุบันการกระจายตัวของเห็ดกลุ่มนี้ยังพบมากในบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง

ชนิดเห็ดที่มีพิษรุนแรง คือ เห็ดระงอกหิน ระงาก หรือ *Amanita exitialis* เห็ดชนิดนี้จัดอยู่ในกลุ่มเห็ดที่มีความคล้ายคลึงกับเห็ดระงอกขาวหรือไข่ห่าน คือ *Amanita princeps* ที่นิยมรับประทานในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมถึงเห็ดเมือกโครเหลือง หรือ *Lactarius cf. scrobiculatus* ซึ่งในกรณีนี้จะสับสนกับเห็ดชื่อ *Lactarius piperatus* ชนิดที่เป็นพิษจะมีเมือกปกคลุมและมีสีดอกเข้มกว่าซึ่งยากแก่การสังเกตด้วยตา ส่วนเห็ดสองชนิดสุดท้าย คือ เห็ดหมวกจีน อยู่ในสกุล *Entoloma* นั้น เป็นเห็ดที่มีความคล้ายกับเห็ดโคนขนาดกลางของบ้านเรา ความคล้ายระหว่างเห็ดพิษและเห็ดกินได้นั้น จึงทำให้เกิดปัญหาตามมา โดยเฉพาะเห็ดในกลุ่มเห็ดระงอก และเห็ดโครที่รับประทานไม่ได้ พบว่า มียีนที่สร้างพิษในกลุ่มของ Amatoxins และ Phallotoxins ส่วนเห็ดในกลุ่ม *Entoloma* เมื่อพิสูจน์ทางเคมีมักจะทำให้เกิดอาการเป็นพิษในกลุ่มของ Muscarin

จากความยากในการแยกชนิดเห็ดข้างต้น ทำให้ข่าวการบริโภคเห็ดพิษจากหน้าหนังสือพิมพ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมจนถึงปลายเดือนกันยายน เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของเห็ดขนาดใหญ่ โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยทั้งสองภูมิภาคมีป่าเบญจพรรณหรือป่าห้วยไร่ปลายนาและป่าชุมชนจำนวนมาก ซึ่งเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเห็ดป่ากลุ่มอิงอาศัยกับต้นไม้ใหญ่หรือเห็ดไม่

โคโรซ่าที่มักจะขึ้นอยู่ในป่าดังกล่าว ประกอบกับสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศของประเทศไทย มีความเหมาะสมต่อการเจริญของเห็ดขนาดใหญ่จึงส่งผลให้เกิดความหลากหลายทางชีวภาพของเห็ดในกลุ่มนี้ กระจายอยู่ในพื้นที่ป่าดังกล่าวทั่วประเทศ

### ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1. สาเหตุการเกิดโรคด้านสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไป จากข้อมูลที่มีการค้นพบเห็ดป่าชนิดมีพิษเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความเชื่อดั้งเดิมและภูมิปัญญาในการจำแนกชนิดเห็ดป่าที่ประชาชนสืบทอดกันมานั้นไม่สามารถครอบคลุมเห็ดชนิดใหม่จึงทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย การระบาดจึงมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่เดิมได้อีก ดังนั้นการส่งต่อองค์ความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนจึงควรเกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน รวมทั้งการพัฒนาปลูกฝังคนรุ่นใหม่ที่ไม่มีการประสพการณ์เท่ากับคนรุ่นปู่รุ่นย่าให้มียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับเห็ดพิษในท้องถิ่นของตนเอง

2. ข้อจำกัดของการยืนยันการระบาดด้วยการเก็บตัวอย่างเห็ดพิษส่งตรวจ ยังพบว่ามีการส่งตรวจน้อย เพราะส่วนใหญ่เห็ดนั้นถูกนำมาประกอบเป็นอาหารและยังไม่สามารถระบุได้ด้วยวิธีทางสัณฐานวิทยา วิธีการเก็บรักษาก่อนการส่งตรวจที่ไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้เห็ดเสียหายและเน่าเสียก่อนถึงห้องปฏิบัติการ วิธีที่ดีที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถยืนยันชนิดเห็ดได้ คือ การมีรูปประกอบการบรรยายขนาด สี รูปร่าง และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่สังเกตเห็นหลังจากการเก็บ เช่น สี และการบันทึกข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่เห็ดขึ้นอย่างละเอียดด้วย (รูปที่ 5.1 - 5.2)

### เอกสารอ้างอิง

- พัชรिता วรศาลศิริ, โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด (Mushroom poisoning), สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี 2556, สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, พิมพ์ครั้งที่ 1, กรกฎาคม 2557
- อนุพงศ์ สิริรุ่งเรือง, รายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด จังหวัดเชียงใหม่ เดือนมิถุนายน 2557, สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา)
- Desjardin, D.E., Flegel, T.W. and Boonpratuang, T. (2004) Basidiomycetes. Thai Fungal Diversity, 37-49.
- Jones, E.B.G. and Hyde, K.D. (2004) Introduction to Thai fungal diversity. Thai Fungal Diversity, 7-35.

### ผู้เรียบเรียง

กรรณิการ์ หมอนพั่งเทียม

ธิตยา บุญประเทือง และทักษพร ธรรมรักษ์เจริญ

ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ 113

อุทยานวิทยาศาสตร์ประเทศไทย อ.คลองหลวง ปทุมธานี

สิทธิพร ปานเม่น

ศูนย์พิษวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

บรรณาธิการวิชาการ

ดร.พญ.พจมาน ศิริอารยาภรณ์, นายวันชัย อาจเขียน

Fig.1

Reported Cases of and CFR of Mushroom Poisoning by Year Thailand, 2005 - 2014

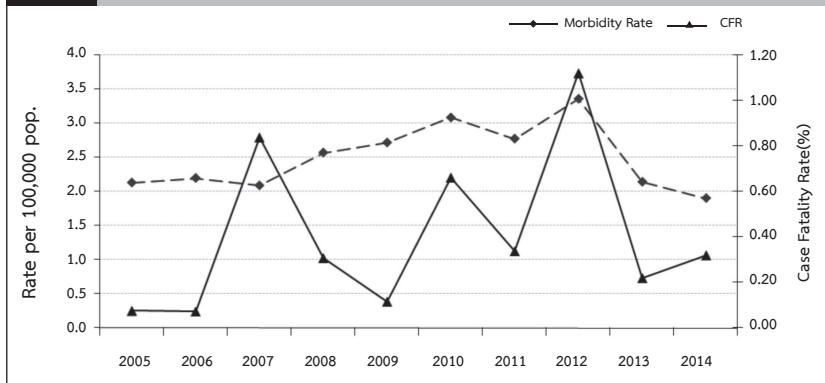


Fig.2

Reported Cases of Mushroom poisoning by Month, 2013, Median 2009 - 2013, 2014 Thailand

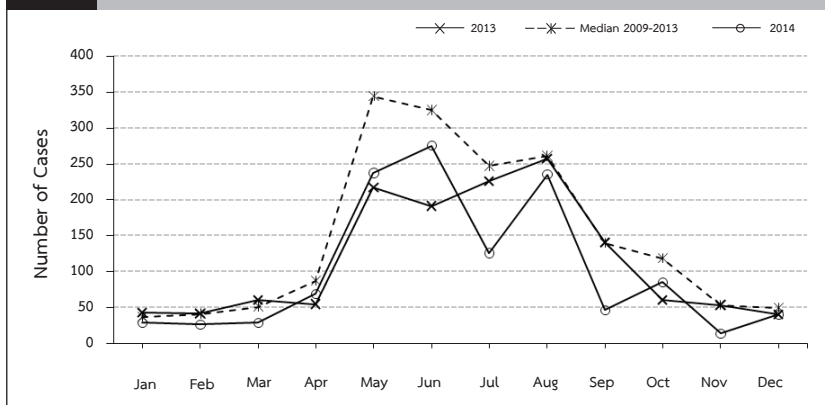


Fig.3

Reported Cases of Mushroom poisoning by Age - group, Thailand, 2014

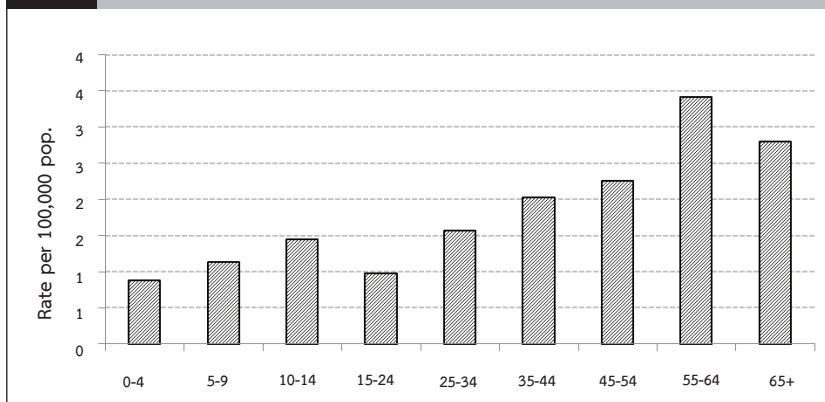
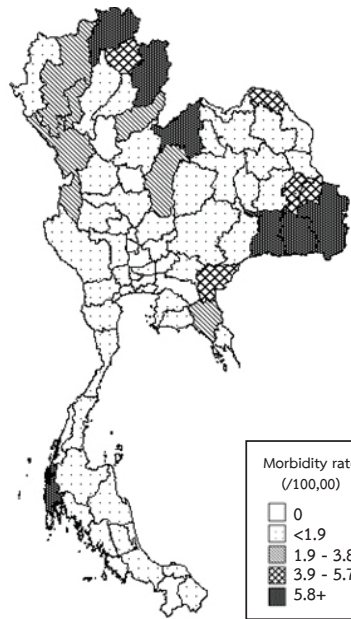


Fig.4

Reported Cases of Mushroom poisoning per 100,000 Population by Province, Thailand, 2014



**Ten Leading Rate**

Phangnga	16.13
Si Sa Ket	14.96
Chiang Rai	10.61
Ubon Ratchathani	10.54
Nan	6.48
Loei	6.47
Surin	6.40
Amnat Charoen	5.60
Phayao	4.53
Bungkan	4.07

Morbidity rate (/100,00)	Number of provinces
0	(17)
<1.9	(42)
1.9 - 3.8	(6)
3.9 - 5.7	(5)
5.8+	(7)

Fig.5

5.1 *Lactarius cf. scrobiculatus* 5.2 *Entoloma* sp.1. 5.3 *Entoloma* sp.2  
5.4 *Chlorophyllum molybdites* 5.5 *Amanita exitialis*

