

ในปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานโรคอาหารเป็นพิษ 109,070 ราย (ไม่รวมพิษจากเห็ดและมันสำปะหลังที่มีรหัสโรคแยกต่างหาก) อัตราป่วย 171.22 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มจากปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) เล็กน้อย หลังจากที่มีอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องมา 5 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 – 2552 (ค.ศ. 2005 – 2009) (รูปที่ 1) มีผู้เสียชีวิต 4 ราย ผู้ป่วยอาหารเป็นพิษพบได้ตลอดทั้งปี แต่พบในช่วงครึ่งปีแรกมากกว่า ในช่วงครึ่งปีหลัง เดือนมกราคมเป็นเดือนที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดเกือบทุกปี ยกเว้นปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) ที่พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนพฤษภาคม (รูปที่ 2)

อัตราส่วนเพศหญิงต่อชายเท่ากับ 1:1.5 พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 0-4 ปีมีอัตราป่วยสูงสุด 367.86 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 – 9 ปี (250.58) และอายุ 65 ปีขึ้นไป (211.53) (รูปที่ 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัญชาติไทยร้อยละ 99 พม่า (0.52) กัมพูชา (0.09) และอื่นๆ (0.39) อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 25.26 เด็กในปกครอง (19.03) และนักเรียน (18.90) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 47.65 สถานีอนามัย (29.27) และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (18.52) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 93.35 และผู้ป่วยใน (6.65)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 256.57 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ (232.34) ภาคกลาง (98.09) และภาคใต้ (60.17) อัตราป่วยในช่วง 5 ปี ย้อนหลังพบว่า เกือบทุกภาคมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2552 (ค.ศ. 2006 – 2009) และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2553 ยกเว้นภาคกลางที่ยังมีอัตราป่วยลดลงต่อเนื่อง (รูปที่ 4) จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ อำนาจเจริญ (450.64) นครพนม (416.64) ลำปาง (402.63) บุรีรัมย์ (386.71) พิษณุโลก (381.65) ขอนแก่น (377.24) อุบลราชธานี (368.22) กาฬสินธุ์ (337.79) เชียงราย (320.33) และพะเยา (317.44) (รูปที่ 9) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 74.85 เขตเทศบาล ร้อยละ 25.15

ในปี พ.ศ. 2553 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจากทั่วประเทศ 62 เหตุการณ์ เป็นรายงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุด 22 เหตุการณ์ (9 จังหวัด) รองลงมาคือ ภาคกลาง 18 เหตุการณ์ (11 จังหวัด) ภาคเหนือ 18 เหตุการณ์ (9 จังหวัด) และภาคใต้ 4 เหตุการณ์ (4 จังหวัด) จังหวัดที่มีรายงานสูงสุดคือ น่าน 6 เหตุการณ์ รองลงมาคือ ร้อยเอ็ด (5) ขอนแก่น (5) มหาสารคาม (4) และเชียงใหม่ (3) จากรายงานการระบาดพบว่า เกิดเหตุจากอาหารที่ซื้อมาหรือปรุงเอง สูงสุด 30 เหตุการณ์ (ร้อยละ 48.39) รองลงมาคือ งานเลี้ยงต่างๆ (10) ภายในโรงเรียน (9) การประชุม/สัมมนา/ฝึกอบรม (7) คณะทัศนศึกษา/งาน/นักท่องเที่ยว (4) และการเข้าค่าย/รับน้อง (2) สาเหตุการระบาดส่วนใหญ่เกิดจาก อาหารทั่วไป 23 เหตุการณ์

รองลงมาคืออาหารสุกๆ ดิบๆ (15) อาหารทะเล (12) นมโรงเรียน และเครื่องดื่ม (6) สัตว์พิษ ได้แก่ ปลาปักเป้า/น้ำจืด หนอนไหม ตักแตน (3) ขนม (1) และไม่ระบุอาหาร 2 เหตุการณ์

เหตุการณ์การระบาดที่น่าสนใจคือ อาหารเป็นพิษที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ตในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 เบื้องต้นพบผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย และมีอาการรุนแรง 1 ราย จากการสอบสวนโรคและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วย 42 ราย เป็นผู้ที่รับประทานอาหารที่ปรุงจากเต้าหู้ทะเล (เต้าหู้กระ) 40 ราย อีก 2 ราย เป็นเด็กทารกที่ดื่มน้ำนมแม่ซึ่งรับประทานอาหารที่ปรุงจากเต้าหู้ทะเล จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า สาเหตุของการระบาดครั้งนี้ น่าจะเกิดจากสารพิษ Chelonitoxin จากเนื้อและเครื่องในเต้าหู้ทะเล ซึ่งเป็นสารพิษที่ไม่สามารถถูกทำลายได้ด้วยความร้อน และมีโอกาสทำให้ผู้บริโภคเต้าหู้ทะเลป่วยและเสียชีวิตได้ ร้อยละ 7 – 25 จากเหตุการณ์ดังกล่าว เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนในพื้นที่หรือจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเลซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเหตุซ้ำ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ความเป็นพิษและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการบริโภคเต้าหู้ทะเลซึ่งเป็นสัตว์ทะเลอนุรักษ

ผลการตรวจชนิดเชื้อก่อโรคที่ได้รับรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจำนวน 1,885 ราย ร้อยละ 1.73 จากผู้ป่วยอาหารเป็นพิษทั้งหมดที่ได้รับรายงาน ในจำนวนนี้พบ ผู้ป่วยจากเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* สูงสุด 1,350 ราย (71.61) รองลงมาได้แก่ *Salmonella* spp. 315 ราย (16.71) *Staphylococcus* 189 ราย (10.03) *Clostridium botulinum* 19 ราย (1.01) *Clostridium perfringens* 12 ราย (0.64)

ข้อมูลจากการวิเคราะห์ตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร จากห้องปฏิบัติการฝ่ายตรวจวินิจฉัยแบคทีเรียทางการแพทย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 จำนวน 59 ตัวอย่าง จาก 7 จังหวัด พบเชื้อแบคทีเรียก่อโรค 28 ตัวอย่าง ร้อยละ 47.5 ได้แก่ *Escherichia coli* (23.73) *Staphylococcus aureus* (10.17) *Plesiomonas shigelloides* (6.78) *Bacillus cereus* และ *Aeromonas hydrophila* (3.39 เท่ากัน) *Salmonella* group B, E, *Shigella* group D, *Vibrio* spp. และ *Aeromonas caviae* (1.7)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WHO National Salmonella and Shigella Center สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษประจำปี พ.ศ. 2553 ศูนย์ทดสอบยืนยันเชื้อซัลโมเนลลาและชิเกลลา ได้รับเชื้อบริสุทธิ์ที่เพาะแยกได้จากผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อทดสอบยืนยันเชื้อ NON Typhoid *Salmonella* (NTS) ในระดับสายพันธุ์ย่อย (Serotype) รวม 3,468 ตัวอย่าง ตรวจพบเชื้อ NTS จำนวน 3,102 สายพันธุ์ย่อย ร้อยละ 89.45 รวมเชื้อ NTS ที่ไม่

สามารถทดสอบยืนยันในระดับซีโรทัยป์จำนวน 7 สายพันธุ์ย่อย (0.2) แบคทีเรียชนิดอื่นจำนวน 57 สายพันธุ์ (Strain) (1.64) และไม่สามารถเพาะเชื้อได้ 22 ตัวอย่าง (0.63) เชื้อ NTS สายพันธุ์ย่อยที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ *S. Enteritidis* 418 สายพันธุ์ย่อย รองลงมาคือ *S. enterica* subsp. *enterica* ser. 4, 5, 12: i- (330) *S. Weltevreden* (308) *S. Rissen* (222) และ *S. Stanley* (152)

โรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด (Mushroom Poisoning)

ในทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษเกิดขึ้นอยู่เสมอ เห็ดพิษ (poisonous mushroom หรือ toadstool) ในประเทศไทยนั้นมีอยู่หลายชนิด ที่สำคัญและมีพิษร้ายแรงที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ คือ เห็ดในสกุลอะมานิตา (*Amanita*) ได้แก่ *Amanita phalloides* (เห็ดระโงกหิน) *Amanita verna* (เห็ดระงาก หรือเห็ดสะงาก) และ *Amanita virosa* (เห็ดไข่ตายซาก) ซึ่งมีชื่อตามภาษาท้องถิ่น ซึ่งผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตด้วยอาการตับหรือไตวาย ส่วนเห็ดในสกุลอื่นๆ ไม่เป็นอันตรายมากนัก เพียงแต่ทำให้เกิดอาการคันเมตา แต่สำหรับผู้บริโภคเห็ดมีร่างกายอ่อนแอหรือเป็นโรคภูมิแพ้หรือมีโรคแทรกซ้อนก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ง่วงนอน ใจสั่นหรือปวดท้องอย่างรุนแรง

ในปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด 1,965 ราย อัตราป่วย 3.08 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 13 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.66 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2553 (ค.ศ. 2001 – 2010) อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1.59 ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 3.08 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2553 ปีที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ปี พ.ศ. 2553 อัตราป่วยตายสูงสุด ในปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2004) ร้อยละ 0.92 อัตราป่วยตายไม่มีแนวโน้มชัดเจน (รูปที่ 5) ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด ระหว่าง 988 – 1,965 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตระหว่าง 1 – 13 รายต่อปี

พบผู้ป่วยได้ตลอดปี และพบสูงสุดในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม เนื่องจากเป็นระยะที่มีสภาวะเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเห็ดเกือบทุกชนิด จึงเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับฤดูกาล (รูปที่ 6)

พบผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดในทุกภาคในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2549-2553) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (4.35 – 5.26) พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดในทุกปี รองลงมาคือ ภาคเหนือ (1.94 – 5.15) ภาคใต้ (0.72 – 1.27) และภาคกลาง (0.2 – 0.53) ภาคเหนือเกิด

โรคสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2553 อัตราป่วยสูงใกล้เคียงกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 7)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 10 อันดับแรกคือ เลย (16.23) อุบลราชธานี (13.16) ศรีสะเกษ (12.14) นครพนม (12.11) มุกดาหาร (12.10) เชียงราย (11.28) น่าน (11.13) อำนาจเจริญ (9.69) เชียงใหม่ (9.10) และเพชรบูรณ์ (7.43) ซึ่งไม่แตกต่างจากปีที่ผ่านมามากนัก มีข้อสังเกตว่าจังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงเป็นอันดับแรกมักเป็นจังหวัดเดิมที่พบผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ

ผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล เขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 79.75 (1,567 ราย) เขตเทศบาล ร้อยละ 19.64 (386 ราย) และไม่ทราบเขต ร้อยละ 0.61 (12 ราย) สถานบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา คือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 80.41 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 16.29 และสถานอนามัย ร้อยละ 3.31

อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1:1.3 ซึ่งไม่แตกต่างจากปีก่อนๆ กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (4.58) กลุ่มอายุ 55 – 64 ปี (4.55) และกลุ่มอายุ 45 – 54 ปี (4.0) และเป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะ 2 – 3 ปีหลัง กลุ่มอายุ 0 – 4 ปี ที่แต่ก่อนเคยมีอัตราป่วยต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นกลับมีอัตราป่วยสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2553 กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 38.73 รับจ้าง (17.81) และนักเรียน (11.45) ซึ่งไม่แตกต่างจากปีก่อนๆ (รูปที่ 8)

ในปี พ.ศ. 2553 สำนักระบาดวิทยา ได้รับแจ้งจากสถานบริการในข่ายงานเฝ้าระวังโรคว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ทั้งหมด 44 เหตุการณ์ ในจำนวนนี้มีรายงานการสอบสวนโรค 31 เหตุการณ์ และเป็นเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยและเสียชีวิต 13 เหตุการณ์ คิดเป็น ร้อยละ 70.45 และ 29.55 ตามลำดับ จากทุกเหตุการณ์พบผู้ป่วย 122 ราย และผู้เสียชีวิต 14 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 11.48

ภาคที่มีผู้ป่วยเสียชีวิต มี 2 ภาค คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 เหตุการณ์ และภาคเหนือ 6 เหตุการณ์ จังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เชียงใหม่ 7 ราย (6 เหตุการณ์) อุบลราชธานี 3 ราย (3 เหตุการณ์) และร้อยเอ็ด 2 ราย (2 เหตุการณ์)

ผู้เสียชีวิตเป็นเพศชายเท่ากับหญิง กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.00 กลุ่มอายุ 0 – 9 ปี ร้อยละ 50.00

เห็ดพิษที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต เป็นเห็ดป่าที่ชาวบ้านเก็บมารับประทานเองตามป่าหรือภูเขาใกล้บ้านหรือเป็นบริเวณที่เคยเก็บเห็ดมารับประทานเป็นประจำ กลุ่มเห็ดระโงก (เห็ดไข่ห่าน เห็ดระโงก หรือเห็ดระงาก) ร้อยละ 46.15 (6 เหตุการณ์) ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งเป็นเห็ดที่ยังเป็นดอกตูม (2 เหตุการณ์) เห็ดพิษชนิดอื่น ได้แก่ เห็ดขี้เกีรย เห็ดถ่านงูทามทาน เห็ดถอบ และเห็ด

ดินแอค ร้อยละ 7.69 (อย่างละ 1 เหตุการณ์) ไม่ทราบและไม่สามารถระบุชนิดลักษณะได้ ร้อยละ 23.08 (3 เหตุการณ์)

การนำเห็ดมาบริโภค ควรนำมาปรุงสุกก่อนรับประทาน เช่น การนำมาแกง ผัด หมก นึ่งหรือปิ้ง ชาวบ้านบางรายมีการทดสอบสารพิษในเห็ด แบบภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยนำไปต้มกับข้าวสารหรือข้าวสุก หรือต้มน้ำทั้งหลายๆ ครั้ง ก่อนนำไปประกอบอาหารรับประทาน

ลักษณะอาการทางคลินิก พบผู้มีอาการเล็กน้อยและรุนแรงมากจนถึงเสียชีวิต อาการหลักคือคลื่นไส้อาเจียน (ทุกราย) ถ่ายเหลว ร้อยละ 76.92 และปวดท้อง ร้อยละ 42.54 ระยะพักตัวระหว่าง 20 นาที – 24 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายใน 1 – 8 วัน เฉลี่ย 4.75 วัน สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตับหรือไตวาย ร้อยละ 50 (7 ราย) และไม่ระบุสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 35.71 (5 ราย) มีการเก็บตัวอย่างเห็ดส่งตรวจหาสารพิษทางห้องปฏิบัติการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 3 เหตุการณ์ ร้อยละ 23.08 พบสารพิษ muscarine สกุล Boletus sp. 1 ตัวอย่าง เป็นเห็ดสกุล Clitocybe 1 ตัวอย่าง และอยู่ระหว่างรอผลการตรวจ 1 ตัวอย่าง

จากข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทดสอบและหาสารพิษในเห็ด จำนวน 28 ตัวอย่าง ตรวจพบสารพิษ Alpha & Beta Amanitin 1 ตัวอย่าง จากจำนวนตัวอย่างเห็ด 9 ตัวอย่าง สารพิษ mucaraine 8 ตัวอย่าง จากจำนวนตัวอย่างเห็ด 15 ตัวอย่าง พบเห็ด 2 ชนิดปนกัน 1 ตัวอย่าง คือ Boletus of auremycelius และ pisolithus tinctorius และอีก 1 ตัวอย่าง ไม่สามารถจำแนกชนิดของเห็ดได้ในระดับ genus และ species และไม่พบการรายงานของเห็ดชนิดดังกล่าวในหนังสือเห็ดในประเทศไทย

สรุป โรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพบผู้ป่วยและเสียชีวิตทุกปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหรือเด็กเล็กเป็นกลุ่มที่มีการป่วยและเสียชีวิตสูง ปัญหาของการป่วยเกิดจากการที่เห็ดชนิดที่มีพิษและไม่มีพิษบางกลุ่มมีลักษณะคล้ายกันมากแม้แต่ผู้ที่เก็บเห็ดมารับประทานเป็นประจำยังแยกได้ยากโดยเฉพาะกรณีที่ยังเป็นดอกตูม รวมทั้งยังมีความเข้าใจผิดว่าการทดสอบสารพิษโดยใช้วิธีแบบภูมิปัญญาชาวบ้านสามารถแยกเห็ดพิษได้ซึ่งไม่ถูกต้องเสมอไป ดังนั้น การหลีกเลี่ยงการรับประทานเห็ดป่ากลุ่มที่มีโอกาสเป็นเห็ดพิษ เช่น เห็ดระโงก เห็ดไข่ห่าน เป็นต้น จะเป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด ข้อจำกัดของการวิเคราะห์ข้อมูลการป่วยจาก

เห็ดพิษคือ มีหลายเหตุการณ์ที่ไม่มีการระบุชื่อหรือชนิดของเห็ดรวมทั้งการที่ชื่อเห็ดในแต่ละท้องถิ่นแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามการจัดกลุ่มเห็ดในรายงานทางวิชาการได้ และการที่ชาวบ้านส่วนใหญ่นิยมรับประทานเห็ดหลายชนิดรวมกันทำให้ระบุได้ยากว่าเกิดจากเห็ดชนิดใด นอกจากนี้ในการสอบสวนโรคมักมีปัญหากล่าวถึงตัวอย่างเห็ดเพื่อส่งตรวจหาสารพิษทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ เนื่องจากไม่มีตัวอย่างเห็ดที่นำไปรับประทานเหลือให้เก็บ จึงต้องเก็บเห็ดที่มีลักษณะใกล้เคียงและพบในบริเวณเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นชนิดเดียวกันหรือต่างชนิดกับที่ผู้ป่วยรับประทานก็ได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้แก่ประชาชนโดยมีภาพเห็ดพิษชนิดต่างๆ ทั้งดอกบานและดอกตูมเผยแพร่ไปชุมชนที่มักมีผู้ป่วยทุกๆ ที่ รวมทั้งพื้นที่เสี่ยงต่อเห็ดพิษในช่วงเวลาที่เหมาะสมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาของเจ้าหน้าที่ระดับและผู้เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการจัดส่งรายงานการสอบสวนและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิทยาศาสตร์การแพทย์ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสำนักโรคระบาดวิทยา ที่เตรียมข้อมูลสถานการณ์โรคในแต่ละปี ขอขอบคุณคณาจารย์ด้านวิชาการของโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก และสำนักโรคระบาดวิทยา ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะทางด้านวิชาการ และขอบคุณฝ่ายตรวจวินิจฉัยแบคทีเรียทาง การแพทย์และฝ่าย WHO National Salmonella and Shigella Center สถาบัน วิจัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. อนุช จันทศรีกุลและนันท์นิจ ศรีชุมปา. เห็ดพิษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทนิวธรรมดา การพิมพ์ ประเทศไทย จำกัด; 2543
2. Ramathibodi Poison Center. Amanita Phalloides : เห็ดพิษที่นำกล้ว. Poison and Drug Information Bulletin; July-September 1996 vol. 4 no. 33
3. อองอาจ เจริญสุข. เห็ดพิษ. รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2546; 34 : 530-535
4. พรพัฒน์ ภูนาทกลม. โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด (Mushroom Poisoning). Annual Epidemiological Surveillance Report 2008 ISSN 0857-6521.; 121-123
5. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. เห็ดดูไม่ได้อาจถึงตาย. [online], [31 มกราคม 2548] Available from:URL:http://www.consumerthai.org/SMB/Teskids/testkid_51.htm
6. เกษม สร้อยทอง. เห็ดและราขนาดใหญ่ ในประเทศไทย. อุบลราชธานี : โรงพิมพ์ ศิริธรรม ออฟเซ็ท; 2537
7. ราชบัณฑิตสถาน. เห็ดกินได้และเห็ด มีพิษในประเทศไทย ฉบับราชบัณฑิตสถาน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับ ลิซซิง จำกัด (มหาชน); 2539

ผู้เรียบเรียง

อมรรัตน์ ขอบกตัญญู โรคอาหารเป็นพิษ
สมคิด คงอยู่ โรคอาหารเป็นพิษจาก
การรับประทานเห็ด

Fig. 1 Reported Cases of Food Poisoning per 100,000 Population, by Year, Thailand, 2001 - 2010

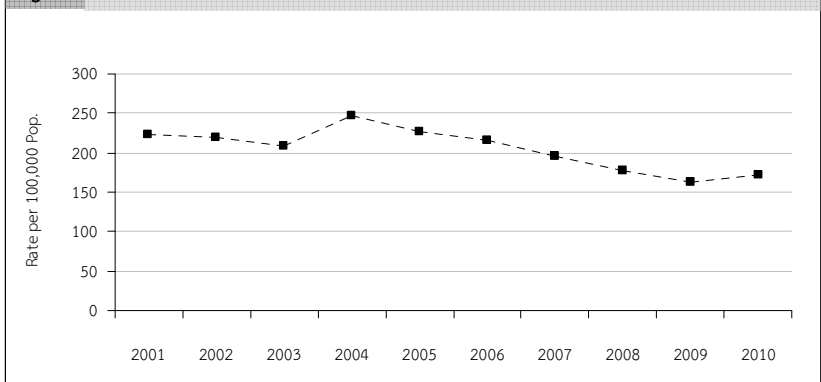


Fig. 2 Reported Cases of Food Poisoning by Month, Thailand, 2006 - 2010

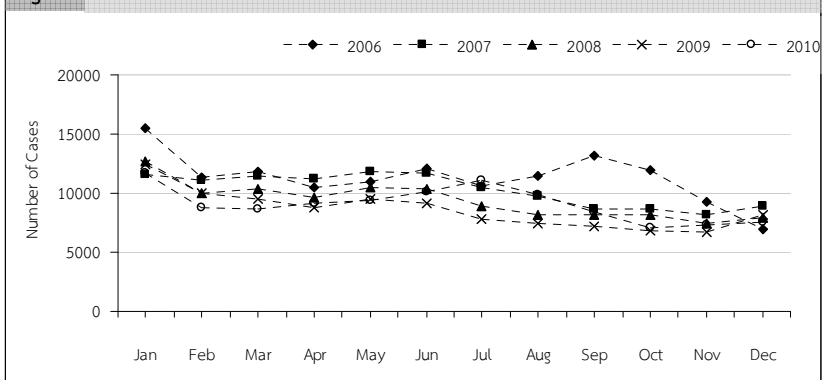


Fig. 3 Reported Cases of Food Poisoning per 100,000 Population, by Age-group, Thailand, 2006 - 2010

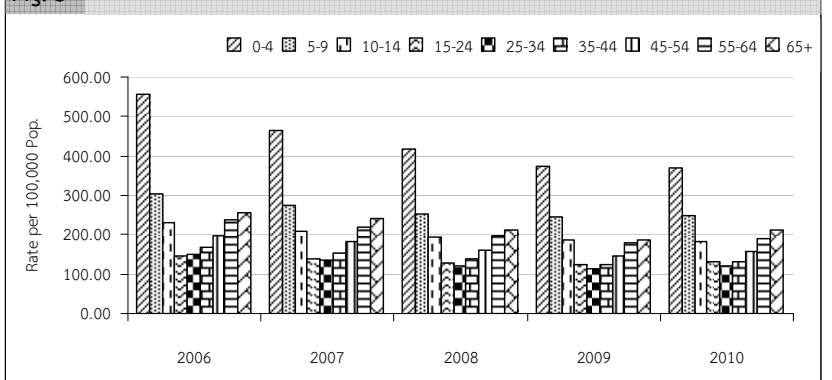
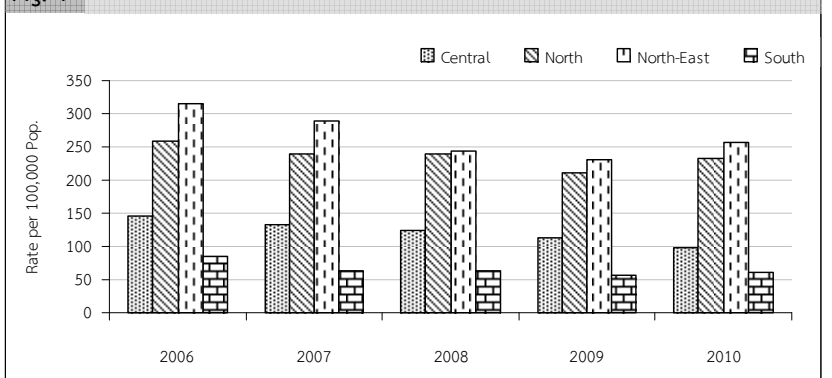


Fig. 4 Reported Cases of Food Poisoning per 100,000 Population, by Region, Thailand, 2006 - 2010



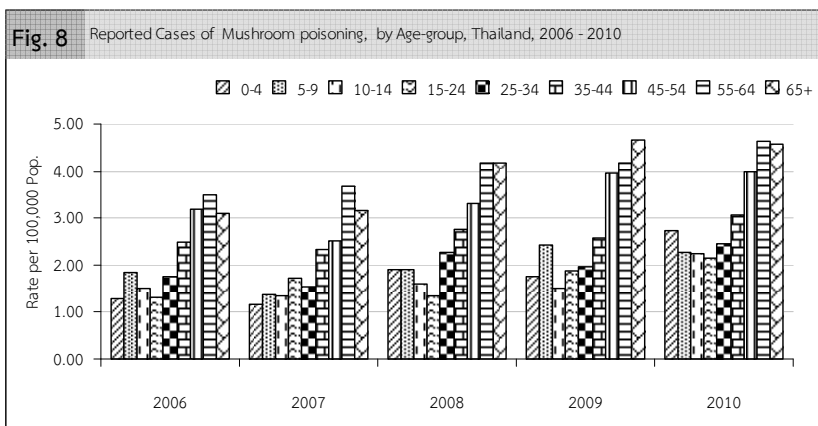
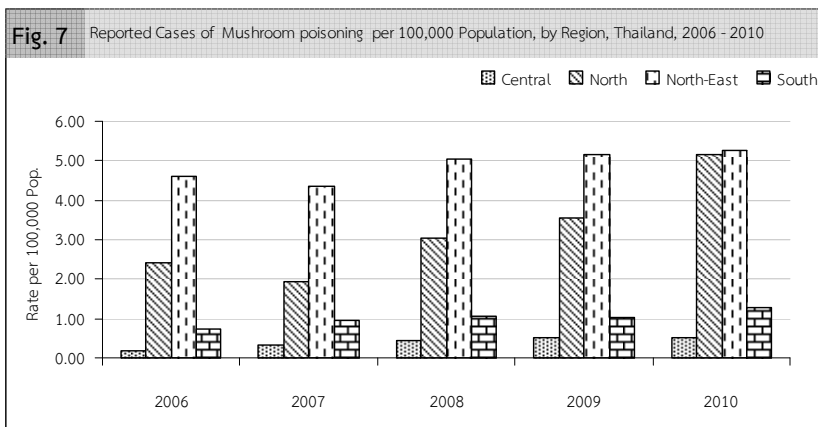
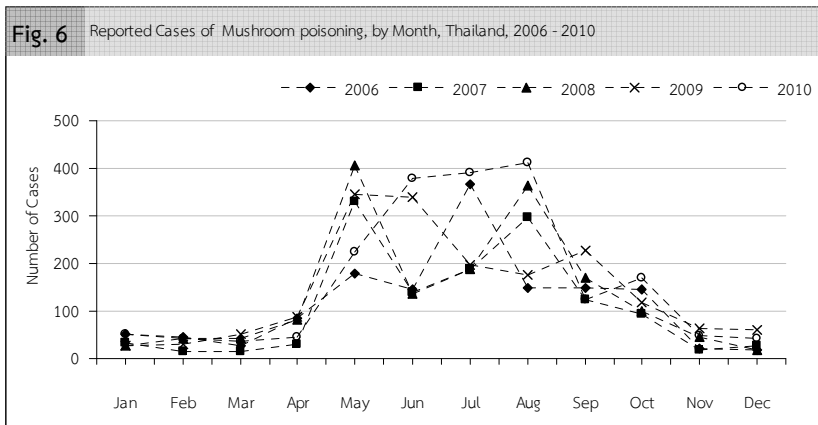
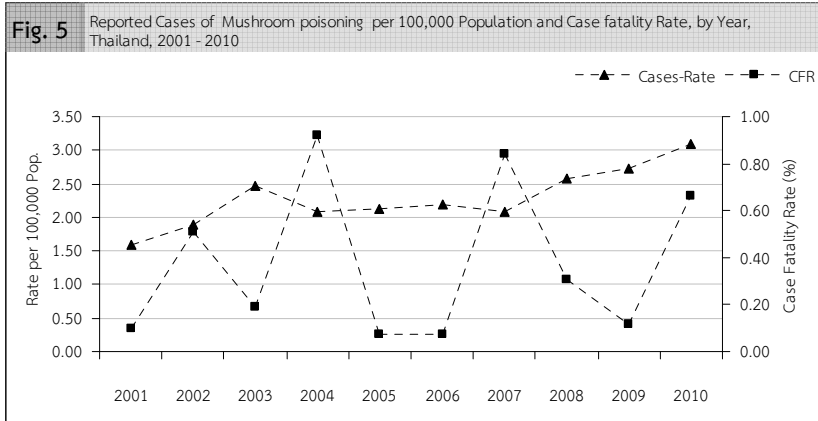


Fig. 9 Reported Cases of Food Poisoning per 100,000 Population, by Province, Thailand, 2010

