

ส่วนโอกาสที่การตรวจพบเชื้อ *influenza A (H5N1)* จากผู้ป่วยในครั้งนี้ จะเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจากห้องปฏิบัติการก็ไม่น่าเป็นไปได้จากเหตุผลที่ว่า ทุกตัวอย่างแยกเพาะเชื้อคนละช่วงเวลา ห่างกันเป็นสัปดาห์หรือเดือน ตรวจพบ RNA virus โดยตรง ติดต่อกันจากทุกตัวอย่างที่เก็บไว้ และไม่พบเชื้อไวรัส *influenza A (H5N1)* ในตัวอย่างจากผู้ป่วยรายอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน

การศึกษานี้บ่งชี้ว่า โรคไข้หวัดนกมีลักษณะโรค (spectrum) กว้างกว่าที่คิด สามารถทำให้เกิดอาการได้ทุกส่วนของร่างกายไม่เพียงแค่ปอด จึงอาจเป็นไปได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่พบตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกในเอเชียในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 จนถึงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ที่มีทั้งหมด 55 ราย (เวียดนาม 37 ราย ไทย 17 ราย และกัมพูชา 1 ราย) เสียชีวิต 42 ราย อาจจะมีมากกว่านี้

สิ่งที่พบจากการศึกษานี้สะท้อนว่า เมื่อพบผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง ควรพิจารณาว่า อาจมีสาเหตุจากไข้หวัดนกหรือไม่ ควรคำนึงถึงโรคอุบัติใหม่อย่างเช่น ไข้หวัดนกด้วย การวินิจฉัยโรคไข้หวัดนก ควรพิจารณากลุ่มอาการที่กว้างขึ้นกว่าที่เคย การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกไม่ควรเน้นเฉพาะอาการทางคลินิกของระบบทางเดินหายใจ แต่ควรรวมถึงการเสียชีวิตเป็นกลุ่มก้อนที่รุนแรงหรือไม่ทราบสาเหตุด้วย ควรจะเปลี่ยนแนวทางการสอบสวนโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการกำจัดสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ

เชื้อไวรัส *influenza A (H5N1)* ที่แพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีรายงานว่าเป็นสาเหตุของโรคไข้สมองอักเสบในเสือและเสือดาว บ่งชี้ว่าเชื้อมีพัฒนาการในการปรับตัวกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และมีความรุนแรงต่อระบบประสาทมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญยังเชื่อว่า การพบเชื้อไวรัสในอุจจาระ บ่งชี้ว่า มีความเป็นไปได้ที่จะมีการแพร่เชื้อจากคนสู่คน โดยเฉพาะในที่มีผู้คนอยู่อาศัยกันหนาแน่น

ถอดความและเรียบเรียงจาก

1. ProMED-mail. Viet Nam: Avian influenza outbreak may have been underestimated [Online]/2005, Feb 17. Available from URL: <http://www.promedmail.org/pls/askus/f?p=2400:1001>
2. ProMED-mail. CDC Update as of 17 Feb 2005: recent avian influenza outbreak in Asia [Online]/2005, Feb 20. Available from URL: <http://www.promedmail.org/pls/askus/f?p=2400:1001>



ระบาดวิทยาของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547

บทคัดย่อ

โดย สมคิด คงอยู่, นิภาพรณ สุญคือภิรักษ์, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร
สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: เห็ด (Mushroom) เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีไขมันต่ำ รสชาติอร่อย และหารับประทานได้ง่าย จึงเป็นที่นิยมของประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตาม มีเห็ดบางชนิดที่มีพิษ ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติในบริเวณใกล้เคียงที่พืกออาศัยหรือในป่า เมื่อชาวบ้านเก็บเห็ดที่มีพิษมารับประทาน จึงทำให้เกิดอาการของอาหารเป็นพิษในประเทศไทย มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษเกิดขึ้นทุก ๆ ปี จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ดำเนินการโดยสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอุบัติการณ์ของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษากระบาดวิทยาของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2547 เพื่อให้ได้องค์ความรู้เพิ่มเติม สำหรับใช้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดปัญหาสาธารณสุขนี้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระบาดวิทยาของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด ขนาดและความรุนแรงของปัญหา และชนิดเห็ดที่เป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิต พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางและมาตรการป้องกันควบคุมโรค

วิธีการศึกษา: ใช้วิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานตามรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ในส่วนของการป่วยและเสียชีวิต จากการรับประทานเห็ดพิษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 - 2547 ร่วมกับการทบทวนรายงานการสอบสวนโรค ที่สำนักระบาดวิทยาดำเนินการ และได้รับรายงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดต่าง ๆ ที่มีการสอบสวนผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด รวมทั้งรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลทั้งหมดมาสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรค

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์ของการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ดเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 0.87 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 1.97 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (1.23 : 1) พบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 90 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป อัตราป่วยเท่ากับ 2.61 ต่อประชากรแสนคน อาชีพที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 54.22 ระยะเวลาที่พบผู้ป่วยได้รับพิษจากการรับประทานเห็ดบ่อยที่สุด คือ ฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - สิงหาคมของทุกปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2546 มีอัตราป่วยสูงสุดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ 5.36 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2547 ได้แก่ เลย 15.56 (98 ราย) บุรีรัมย์ 12.26 (190 ราย) อุบลราชธานี 9.34 (168 ราย) สุรินทร์ 8.27 (116 ราย) สระแก้ว 7.59 (41 ราย) อำนาจเจริญ 7.02 (26 ราย) นครพนม 6.70 (48 ราย) สกลนคร (67 ราย) เชียงราย 5.87 (73 ราย) และ กระบี่ 4.20 (16 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 83.10 โดยภาพรวม อัตราป่วยตายเนื่องจากเห็ดพิษ มีแนวโน้มลดลงจาก 1.75 เหลือ 0.97 ต่อประชากรแสนคน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา

ชนิดเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต จากรายงานการสอบสวนโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 - 2547 ทั้ง 17 เหตุการณ์ คือ เห็ดป่า ที่ชาวบ้านเก็บมารับประทานจากบริเวณที่พอกอาศัยและในป่า ด้วยการปรุงสุก ซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น เช่น เห็ดระโงก เห็ดปลวก เห็ดงูเห่า เห็ดจิง เห็ดไข่ห่าน เห็ดโหม่งโก้ง เห็ดน้ำข้าว เห็ดแดง เห็ดถ่าน เห็ดเหลืองก่อ เห็ดขี้ไก่ เห็ดยูคา เห็ดดินนกก และมีบางชนิดที่ไม่สามารถระบุชื่อได้ แต่สามารถบ่งบอกลักษณะรูปร่างได้ เช่น เห็ดสีข้าวปนเหลืองอ่อน โคนยาว ไม่มีเมือก มันทว หลังดอกสีดำอมน้ำตาล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะฟักตัวของโรค ตั้งแต่ 30 นาทีถึง 1 วัน ภายหลังจากรับประทานเห็ดพิษ โดยอาการสำคัญที่พบ ส่วนใหญ่ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว บางรายมีถ่ายเป็นเลือด และอาการทางระบบประสาทร่วมด้วย สำหรับระยะเวลาที่รับประทานเห็ดพิษจนกระทั่งเสียชีวิต มีตั้งแต่ 1 - 10 วัน และมากกว่าร้อยละ 50 เสียชีวิตเนื่องจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว

สรุป: สถานการณ์การได้รับพิษจากการรับประทานเห็ดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงสุด ได้แก่ จังหวัดในภาคอีสาน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นระยะเวลามีเห็ดป่าขึ้นชุกชุม เกษตรกร เป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด

ข้อเสนอแนะ: ระยะก่อนเข้าสู่ฤดูฝน ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยได้รับพิษจากการรับประทานเห็ดเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องพิษภัยจากการรับประทานเห็ดป่าที่มีพิษผ่านทางสื่อต่าง ๆ และดำเนินมาตรการเฝ้าระวังผู้ป่วย เพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์ของโรคอยู่ตลอดเวลา กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการสอบสวนโรคทุกรายเมื่อพบผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนไว้ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาต่อไป และ

เตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ ส่วนในระยะยาวเสนอให้กระทรวงศึกษาธิการพิจารณาบรรจุเรื่องเห็ดพิษในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษา เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนในวงกว้าง และเพิ่มพูนทักษะในการดำรงชีวิตให้ปลอดภัยจากการบริโภคอาหารที่มีสารพิษเจือปน



รายงานการเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ, ประเทศไทย, มกราคม - ธันวาคม 2547

สถานการณ์โรค/ภัยที่สำคัญ

Reports of diseases surveillance of foreign national, Thailand,

January - December 2004

รายงานโดย สุวดี ตีวงษ์ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา

ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยต่างชาติรวม 19,261 ราย ตาย 37 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายน้อยละ 0.2 จำแนกเป็นผู้ป่วยแรงงานต่างชาติและครอบครัว 16,898 ราย ตาย 34 รายและชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาและนักท่องเที่ยว 2,363 ราย ตาย 3 ราย

จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยชาย 10,920 ราย หญิง 8,341 ราย อัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 1:1.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี, 15 - 24 ปี และ 25 - 34 ปี การจำแนกตามเชื้อชาติพบว่า เป็นผู้ป่วยพม่ามากที่สุด (65.90%) รองลงมาได้แก่ ลาว กัมพูชา จีน มาเลเซีย และเวียดนาม ตามลำดับ

โรคที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน 7,005 ราย มาลาเรีย 4,832 ราย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ 1,844 ราย ปอดบวม 1,043 ราย และโรคฉี่หนู 580 ราย เมื่อจำแนกตามประเภทของผู้ป่วย พบว่า โรคที่มีรายงานสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยแรงงานต่างชาติและครอบครัวได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน มาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม และฉี่หนู โรคที่มีรายงานสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาและนักท่องเที่ยวได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปอดบวม ไข้ไม่ทราบสาเหตุ มาลาเรีย และไข้เลือดออก นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยชาวต่างชาติมีการป่วยด้วยโรคติดต่ออื่นที่สำคัญ ได้แก่ โรคตาแดง 30 ราย โรคสครับไทฟัส 9 ราย

พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยต่างชาติจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศรวม 70 จังหวัด จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ กาญจนบุรี (4,150 ราย) ตาก (2,619 ราย) เชียงใหม่ (1,972 ราย) แบ่งเป็นจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยแรงงานต่างชาติและครอบครัวมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ กาญจนบุรี (4,063 ราย) ตาก (2,615 ราย) เชียงใหม่ (1,895 ราย) และจังหวัดที่รายงานผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาและนักท่องเที่ยวมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ กรุงเทพมหานคร (638 ราย) อุบลราชธานี (400 ราย) และเลย (267 ราย)

หมายเหตุ: ดูรายละเอียดข้อมูลได้จากตารางใน http://epid.moph.go.th/home_menu_20002_1.html