

การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดระโงกน้ำตาล (*Amanita brunneitoxicaria*) บ้านสระกระจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 9–23 กรกฎาคม 2567

นครินทร์ โสมบุญตร¹, พิมพ์อัมพร คำพรมมา^{1*}, วรยศ ดาราสว่าง², อธิพันธ์ ศิริธรรมาภรณ์¹, จุฬาลักษณ์ สายสุต¹, ศราวุธ นนทะศิลา¹, ปรัชญา หล่อประโคน¹, กนกวรรณ เข็มบุบผา¹, อัจฉรา อารังพร¹, เพ็ญทิพย์ แผงฤทธิ์³

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

²โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

³โรงพยาบาลสตึก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

*Corresponding author, ✉ pimamporn.k@kkumail.com

Received: August 19, 2025 | Revised: December 10, 2025 | Accepted: January 20, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ : ประเทศไทยพบเหตุการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดบดบอยในฤดูฝน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ว่า พบผู้เสียชีวิตจากโรคอาหารเป็นพิษจากการบริโภคเห็ดในพื้นที่อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จึงดำเนินการสอบสวนโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาด ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา หาสาเหตุ และเสนอแนวทางการควบคุมป้องกัน

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ทบทวนเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสำรวจสิ่งแวดล้อมในพื้นที่โดยรอบจุดเกิดเหตุ เก็บตัวอย่างเห็ดสดจากบริเวณเก็บเห็ด ส่งตรวจวิเคราะห์จำแนกชนิดที่ธนาคารทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ

ผลการศึกษา : พบผู้ป่วยเข้าข่าย 4 ราย เพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 2 ราย เสียชีวิต 3 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 75) อาการสำคัญได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย ผู้ป่วยทั้งหมดมีประวัติบริโภคเห็ดรวมที่เก็บจากป่าในพื้นที่ มีระยะพักตัว 9–17 ชั่วโมง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความผิดปกติของการทำงานของตับ ไต และระบบแข็งตัวของเลือด โดยพบความรุนแรงในรายที่เสียชีวิต ผลตรวจจำแนกเห็ดพบความใกล้เคียงกับ *Amanita brunneitoxicaria* ร้อยละ 99.85 ซึ่งเป็นเห็ดสกุล *Amanita* ที่มีสารพิษกลุ่ม amatoxin สาเหตุของการป่วยครั้งนี้เกิดจากการรับประทานเห็ดป่าร่วมกันจากแหล่งเดียวกัน

อภิปราย : ผลการสอบสวนสอดคล้องกับรายงานการป่วยจากเห็ดพิษในประเทศไทยซึ่งมักเกิดในฤดูฝนและเกี่ยวข้องกับเห็ดสกุล *Amanita* ที่มีความเป็นพิษรุนแรงสูง การเก็บเห็ดหลายชนิดมาปรุงรวมกันโดยไม่สามารถจำแนกชนิดที่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เหตุการณ์นี้สะท้อนว่าพื้นที่อำเภอสตึกยังพบผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดป่าเป็นประจำทุกปี ซึ่งชี้ว่าการสื่อสารความเสี่ยงและมาตรการป้องกันในชุมชนยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ การเฝ้าระวังและแจ้งเตือนในช่วงฤดูฝนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ควรเร่งสร้างความตระหนักแก่ชุมชนผ่านการสื่อสารความเสี่ยง การพัฒนาคู่มือจำแนกเห็ด การติดป้ายเตือนในพื้นที่เสี่ยง และการดำเนินโครงการ “ชุมชนปลอดภัย ห่างไกลเห็ดพิษ” เพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ทั้งนี้ควรเฝ้าระวังและแจ้งเตือนประชาชนอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะฤดูฝนซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูง

คำสำคัญ : โรคอาหารเป็นพิษ, การรับประทานเห็ดพิษ, เห็ดระโงกน้ำตาล, เห็ดพิษ

An investigation of mushroom poisoning (*Amanita brunneitoxicaria*) in Ban Sakrajai, Village 4, Satuek Subdistrict, Satuek District, Buriram Province, 9–23 July 2024

Nakharin Somaboot¹, Pimamporn Kampromma^{1*}, Worrayot Darasawang², Atipan Siritummaporn¹, Julalak Saisood¹, Sarawoot Nontasila¹, Parichaya Loprakhon¹, Kanokwan Kembuppa¹, Utchara Thumrongporn¹, Penthip Phaengrit³

¹ Buriram Provincial Public Health Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH)

² Buriram Hospital, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH)

³ Satuek Hospital, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH)

*Corresponding author, ✉ pimamporn.k@kkumail.com

Abstract

Introduction: Food poisoning from wild mushrooms is frequently reported in Thailand during the rainy season, with the highest incidence in the northeastern region. On 20 July 2024, the Communicable Disease Control Unit of Buriram Provincial Public Health Office was notified by an epidemiologist at Buriram Hospital of a death suspected to be due to mushroom poisoning in Satuek District, Buriram Province. This investigation aimed to confirm the diagnosis and outbreak, describe the epidemiological characteristics, identify the cause, and propose control and prevention measures.

Methods: This descriptive study collected data through interviews with patients and relatives, review of medical records and laboratory results, and an environmental assessment around the incident site. Fresh mushroom samples from the foraging area were collected and submitted to the National Biobank of Thailand for species identification.

Results: A total of four probable cases were identified (two males and two females), including three deaths (case fatality rate 75%). Predominant symptoms included abdominal pain, nausea, vomiting, and fatigue. All patients had consumed a mixed mushroom soup prepared from wild mushrooms collected in the local forest, with an incubation period of 9–17 hours. Laboratory findings revealed abnormalities in liver and kidney function, and coagulation profiles, with more severe derangements in fatal cases. Mushroom species analysis showed 99.85% similarity to *Amanita brunneitoxicaria*, a highly toxic *Amanita* species containing amatoxins. The outbreak was associated with consumption of wild mushrooms harvested from the same source.

Discussion: The investigation findings are consistent with previous reports of mushroom poisoning in Thailand, which commonly occur during the rainy season and involve highly toxic *Amanita* species. Collecting multiple wild mushroom species and cooking them together without proper species identification was a key risk factor. Satuek District has reported similar cases annually, indicating that existing community risk communication and preventive measures may be insufficient. Strengthening surveillance and public warnings during the rainy season is therefore essential. Risk communication activities should be intensified to raise community awareness. Development of mushroom identification guides, installation of warning signs in high-risk areas, and implementation of the “Safe Community: Free from Poisonous Mushrooms” program are recommended to prevent recurrence. Enhanced surveillance and proactive public alerts are particularly necessary during the rainy season, when the risk is highest.

Keywords: food poisoning, toxic mushroom consumption, *Amanita brunneitoxicaria*, toxic mushroom

บทนำ

เห็ดจัดเป็นราขนาดใหญ่ในอาณาจักร Fungi ซึ่งมีความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเห็ดหมายถึงราชั้นสูงที่อยู่ในไฟลัม Ascomycota และ Basidiomycota⁽¹⁾ โครงสร้างที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าเกิดจากการรวมตัวของเส้นใย มีรูปร่างและสีแตกต่างกัน ทำหน้าที่สร้างสปอร์เพื่อการสืบพันธุ์ จึงเรียกว่า “ดอกเห็ด” เห็ดไม่สามารถสังเคราะห์อาหารเองได้ เนื่องจากไม่มีคลอโรพลาสต์ จึงต้องอาศัยสิ่งมีชีวิตอื่นทั้งในรูปแบบปรสิต หรือการอยู่ร่วมกับพืช (Mycorrhiza)⁽²⁾ โดยทั่วไป เห็ดมีน้ำเป็นองค์ประกอบสูงถึงร้อยละ 98 มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เส้นใย และวิตามินต่าง ๆ เช่น B1, B2 และ B3⁽³⁾ เป็นต้น

ประเทศไทยตั้งอยู่ใกล้เส้นศูนย์สูตร มีภูมิอากาศร้อนชื้นเหมาะแก่การเจริญเติบโตของเห็ด⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ปัญหาอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในฤดูฝน (พฤษภาคม-กันยายน) ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด เนื่องจากประชาชนยังนิยมเก็บและบริโภคเห็ดป่าจากธรรมชาติ พืชของเห็ดประกอบด้วยกรดอะมิโนที่ซับซ้อน ส่วนใหญ่ทนความร้อน แม้ปรุงสุกก็ไม่ถูกทำลาย บางชนิดอาจลดฤทธิ์เมื่อถูกความร้อน⁽⁵⁾ เห็ดพิษที่สำคัญ คือ สกุล *Amanita* เช่น *Amanita verna*, *A. virosa* และ *A. phalloides* มีชื่อท้องถิ่นต่างกัน เช่น เห็ดระโงกพิษ เห็ดไขตายซาก เห็ดมโงก เป็นต้น⁽⁶⁾ กลุ่มนี้มีสารพิษสำคัญ ได้แก่ Amatoxin ที่ยับยั้งการทำงานของ RNA polymerase ทำให้เซลล์สร้างโปรตีนไม่ได้เกิดความเสียหายต่อดับและไต และสาร Amino hexadienoic acid ที่มีพิษรุนแรง อาการเริ่มภายใน 4-6 ชั่วโมง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และอาเจียนรุนแรงจนดับและไตวายเสียชีวิต⁽⁷⁾

ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2563-2566) ระบุว่า ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะช่วงพฤษภาคม-สิงหาคม ในปี พ.ศ. 2567 (1 มกราคม-27 กรกฎาคม) พบเหตุการณ์อาหารเป็นพิษจากเห็ด 26 ครั้ง ผู้ป่วย 105 ราย เสียชีวิต 15 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 14.29) โดยจังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ เลย ยโสธร อุบลราชธานี เชียงใหม่ และศรีสะเกษ⁽⁸⁾ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคเห็ดป่า

ที่ไม่รู้จักหรือมีความเชื่อว่าเป็นเห็ดกินได้ การเก็บหลายชนิดมาปรุงรวมกัน การเก็บรักษาไว้นาน และการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการกินเห็ด⁽⁹⁾

รายงานสถานการณ์ล่าสุด (1 มกราคม-23 กรกฎาคม 2567) พบผู้ป่วย 1,877 ราย อัตราป่วย 11.363 ต่อประชากรแสนคน (อัตราตาย 0.054 ต่อประชากรแสนคน) เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้ป่วย 167 ราย จังหวัดบุรีรัมย์ 22 ราย และอำเภอสตึก 14 ราย เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ว่าพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด เป็นชายไทย อายุ 46 ปี ที่อยู่ขณะป่วยหมู่ที่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมกับโรงพยาบาลสตึก และทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอสตึก ลงพื้นที่สอบสวนและควบคุมโรค ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2567 เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยืนยันการระบาด ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ตามบุคคล เวลา และสถานที่ ค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค แหล่งโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และหามาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 การทบทวนรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด จากระบบเฝ้าระวังโรค รง. 506 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2562-2567 เพื่อเป็นการศึกษาถึงสถานการณ์การเกิดและการกระจายของโรคในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา และข้อมูลทั่วไปของบ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

1.2 การศึกษาและรวบรวมรายละเอียดประวัติผู้ป่วยโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และข้อมูลการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสตึก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ร่วมกับเก็บข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกราย

1.3 การศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลสตึก และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตรวจค่าการทำงานของ

ของอวัยวะภายในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการสงสัยจากการรับประทานเห็ดพิษในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ได้แก่ Complete blood count (CBC), Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine, Estimated glomerular filtration rate (eGFR), Total bilirubin, Albumin, Aspartate transaminase (AST), Alanine transaminase (ALT), Alkaline phosphatase (ALP) และ International normalized ratio (INR)

1.4 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยการกำหนดนิยาม ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีประวัติรับประทานเห็ด และมีอาการปวดท้องหรืออาเจียน ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ปวดมวนท้อง ถ่ายเป็นน้ำ ถ่ายเหลว ตะคริวที่ขา อ่อนเพลีย ระหว่างวันที่ 9–11 กรกฎาคม 2567

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลตรวจเลือดพบค่าการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการที่สงสัยจากการรับประทานเห็ดพิษเกินค่ามาตรฐาน อย่างน้อย 1 ค่าขึ้นไป และผิดปกติเมื่อเทียบกับผลเดิมได้แก่

Complete blood count (CBC)

Hb: เพศชาย 13.5–17.5 g/dL หญิง 12.0–16.0 g/dL

Hct: ชาย 41–50% หญิง 36–46%

WBC 4,000–11,000 cell/mm³

Platelet 150,000–400,000 cell/mm³

BUN 7–20 mg/dL, Creatinine: ชาย 0.7–1.3 mg/dL

หญิง 0.6–1.1 mg/dL, eGFR > 90 mL/min/1.73 m²

Total bilirubin 0.2–1.2 mg/dL, Albumin 3.5–5.0 mg/dL, AST 10–40 U/L, ALT 7–56 U/L, ALP 44–147 U/L, INR 0.8–1.2

เครื่องมือและสถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา รายงานค่าเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. การศึกษาทางสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของคนในชุมชน

สำรวจบริเวณรอบบ้านผู้ป่วย บริเวณป่าสนามชัย ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของเห็ด สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. โดยการสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการเกิดโรค เช่น สถานที่เก็บเห็ด ความเข้าใจของชุมชนเกี่ยวกับการเก็บเห็ดมารับประทานและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาข้อมูลเห็ดที่สงสัย และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ศึกษาผลทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ธนาคารทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ (National Biobank of Thailand) เก็บตัวอย่างเห็ดสด ที่ยืนยันจากผู้เห็นเหตุการณ์ (ผู้ป่วยรายที่สี่) ที่สามีและตนเองได้มาเก็บบริเวณป่าสนามชัย อำเภอสตึก จำนวน 1 ชุดตัวอย่าง (ประกอบด้วยดอกเห็ดระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะไข่ ดอกตูม ดอกบาน)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสอบสวนโรค ตามมาตรฐานการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค และสุขภาพ ซึ่งได้รับการยกเว้นจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยกรมควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม การนำเสนอผลการศึกษาได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 บริบทของพื้นที่

บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอสตึก อยู่ห่างจากตัวอำเภอสตึกประมาณ 5 กิโลเมตร ห่างจากตัวเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ในหมู่บ้านมีจำนวน 94 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 544 คน แบ่งเป็นเพศชาย 248 คน และเพศหญิง 296 คน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง สลับที่ราบลุ่ม ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาทำไร่ ทำสวนยาง ตำบลสตึกมีลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม มี 3 ฤดู คือฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน

ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม และฤดูหนาวเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์

1.2 ยืนยันการระบาด

จากการทบทวนสถานการณ์การเกิดโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567–23 กรกฎาคม 2567 พบผู้ป่วย 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.39 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.19 ต่อประชากรแสนคน

สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดของอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562–2566) พบว่าจำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ. 2567 สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562–2566) ในช่วงเวลาเดียวกัน (มกราคม–กรกฎาคม) และเมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคในระดับตำบลสตึก พบว่า จำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ. 2567 สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562–2566) ในช่วงเวลาเดียวกัน (มกราคม–กรกฎาคม) ซึ่งพบการระบาดของโรคตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 เป็นต้นมาสำหรับผู้เสียชีวิตจากโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2567 พบว่ามีรายงานผู้เสียชีวิตโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ราย หมู่ 10 ตำบลสะแก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีประวัติรับประทานเห็ดชนิดคล้ายกันและจากแหล่งเดียวกันกับเหตุการณ์ครั้งนี้ ซึ่งห่างจากชุมชนไปประมาณ 8 กิโลเมตร

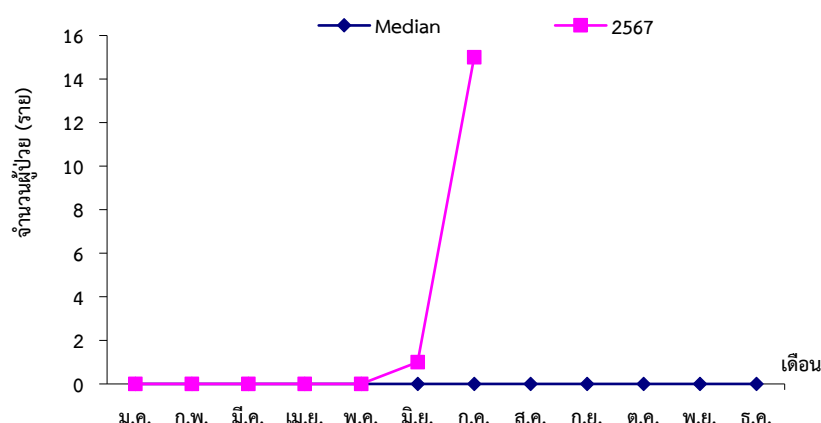
1.3 ยืนยันการวินิจฉัย

พบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด จำนวน 4 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 2 ราย โดยทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน อาศัยอยู่บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ทุกรายมีประวัติการรับประทานเห็ดรวมร่วมกัน ส่วนใหญ่มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสตึก มีผลตรวจเลือดพบค่าการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการที่สงสัยจากการรับประทานเห็ดพิษเกินค่ามาตรฐาน และแพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น Mushroom poisoning

1.4 ผลการสอบสวน

จากการสอบสวนพบผู้ป่วยที่มีอาการอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด ทั้งหมด 4 ราย อัตราป่วย ร้อยละ 100 เสียชีวิต จำนวน 3 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 75 จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 2 ราย และเพศหญิง จำนวน 2 ราย โดยทุกราย (ร้อยละ 100) มีอาการและอาการแสดง คือ ปวดท้อง อาเจียน คลื่นไส้ และอ่อนเพลีย รองลงมา คือ มีอาการปวดมวนท้องและถ่ายเป็นน้ำ ร้อยละ 75 มีอาการปวดศีรษะและถ่ายเหลว ร้อยละ 50 และตะคริวที่ขา ร้อยละ 25

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ) ของผู้ป่วยที่มีอาการอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 9–10 กรกฎาคม 2567 (N=4)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด จำแนกรายเดือน จังหวัดบุรีรัมย์ เปรียบเทียบข้อมูลปี 2567 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (2562–2566)

ตารางที่ 1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ-วันสุดท้ายที่ได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ) และปริมาณการรับประทานแกงเห็ด ของผู้ป่วยที่มีอาการอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 9-10 กรกฎาคม 2567 (n = 4)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รายที่ 1 เพศหญิง		รายที่ 2 เพศชาย		รายที่ 3 เพศชาย		รายที่ 4 เพศหญิง	
	อายุ 50 ปี		อายุ 69 ปี		อายุ 46 ปี		อายุ 70 ปี	
	9 ก.ค. 67	17 ก.ค. 67	9 ก.ค. 67	23 ก.ค. 67	9 ก.ค. 67	19 ก.ค. 67	9 ก.ค. 67	12 ก.ค. 67
Hb (g/dL)	8.9	-	16.1	-	14.3	-	-	-
Hct (%)	31	-	51	-	40	-	-	-
WBC (cell/mm ³)	11,050	-	6,750	-	7,280	-	-	-
Platelet (cell/mm ³)	300,000	-	201,000	-	146,000	-	-	-
BUN (mg/dL)	11	-	26	84.50	29	49.82	-	-
Creatinine (mg/dL)	0.44	-	2.36	5.64	3.22	6.02	1.18	1.12
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	118.08	-	27.07	9.4	21.86	10.3	46.84	49.89
total Bilirubin (mg/dL)	3.9	27.78	0.9	10.51	1.6	1.63	1.2	1.7
Albumin (mg/dL)	3.9	3.02	3.6	2.35	3.1	2.02	4.6	4.3
AST (U/L)	209	1,267.7	393	-	79	-	27	37
ALT (U/L)	123	4,028.6	-	-	41	-	11	34
ALP (U/L)	80	-	87	-	305	-	128	118
INR	1.51	5.55	1.98	-	1.62	-	1.19	1.16
ปริมาณการกิน/ช่วงเวลา	มือเที่ยง 3 ถ้วย มือเย็น 2 ถ้วย		มือเที่ยง 3 ถ้วย มือเย็น 2 ถ้วย		มือเย็น 1 ถ้วย + ดื่มน้ำสุรา		ชิมตอนปรุงประมาณ 1 ช้อนโต๊ะตอนเที่ยง	
สถานะสุดท้าย	เสียชีวิต		เสียชีวิต		เสียชีวิต		ยังมีชีวิตอยู่	

การระบาดครั้งนี้เกิดขึ้นในครอบครัวเดียวกัน ผู้ป่วยทั้งหมด 4 ราย รับประทานแกงเห็ดรวมจากแหล่งเดียวกันในวันที่ 9 กรกฎาคม 2567 (มือเที่ยงและมือเย็น โดยรายที่ 1 และ 2 กินประมาณ 2-3 ถ้วยแกง อีกทั้งในรายที่ 3 มีการดื่มสุราด้วย ส่วนในรายที่ 4 เพียงแค่ชิมขณะปรุงอาหารเท่านั้น) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงเช้ามืดของวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ภายในระยะเวลาไม่เกิน 8 ชั่วโมง โดยรายแรกมีอาการเวลา 00.30 น. และรายสุดท้ายเวลา 08.47 น. ซึ่งผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการในช่วงกลางคืนของวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ระยะพักตัวสั้นที่สุด 9 ชั่วโมง ระยะพักตัวนานที่สุด 17 ชั่วโมง ระยะพักตัวเฉลี่ย 4 ชั่วโมง ดังรูปที่ 2

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

จากการสอบสวนโรคไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม มีเพียงครอบครัวนี้ที่มีประวัติรับประทานแกงเห็ด ซึ่งภายหลังผลการรักษาพบว่าเสียชีวิต จำนวน 3 ราย (รายที่ 1 เสียชีวิตวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 เวลา 17.00 น. รายที่ 2 เสียชีวิตวันที่

23 กรกฎาคม 2567 เวลา 10.00 น. และรายที่ 3 เสียชีวิตวันที่ 19 กรกฎาคม 2567 เวลา 06.50 น.) และรอดชีวิตในเหตุการณ์นี้เพียงรายเดียว คือ รายที่ 4 (เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 9-12 กรกฎาคม 2567 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 4 วัน) ส่วนสุนัขก็พบว่าได้เสียชีวิตด้วยเช่นกัน แต่ไม่ทราบวันเวลาแน่ชัด

2. การสำรวจทางสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของคนในชุมชน

การศึกษาสภาพแวดล้อม พบว่าบ้านผู้ป่วยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ตั้งอยู่ในชุมชน ห่างจากป่าสนามชัย ที่ผู้ป่วยเข้าไปเก็บเห็ด ประมาณ 8 กิโลเมตร ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยและชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันบอกว่าส่วนใหญ่ชาวบ้านในละแวกใกล้เคียงมักจะพากันไปเก็บเห็ดในป่านี้เป็นประจำ เนื่องจากเป็นป่าขนาดใหญ่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ เป็นพื้นที่ส่วนบุคคลแต่สามารถให้ชาวบ้านเข้าไปหาของป่าได้ เมื่อถึงฤดูฝนก็มักจะพากันมาเก็บไปบริโภค รวมถึงนำไปขายต่อตามแผงในตลาดนัด แต่ทุกครั้งที่ไปเก็บชาวบ้านจะรู้ว่าเห็ดชนิดใดที่กินได้

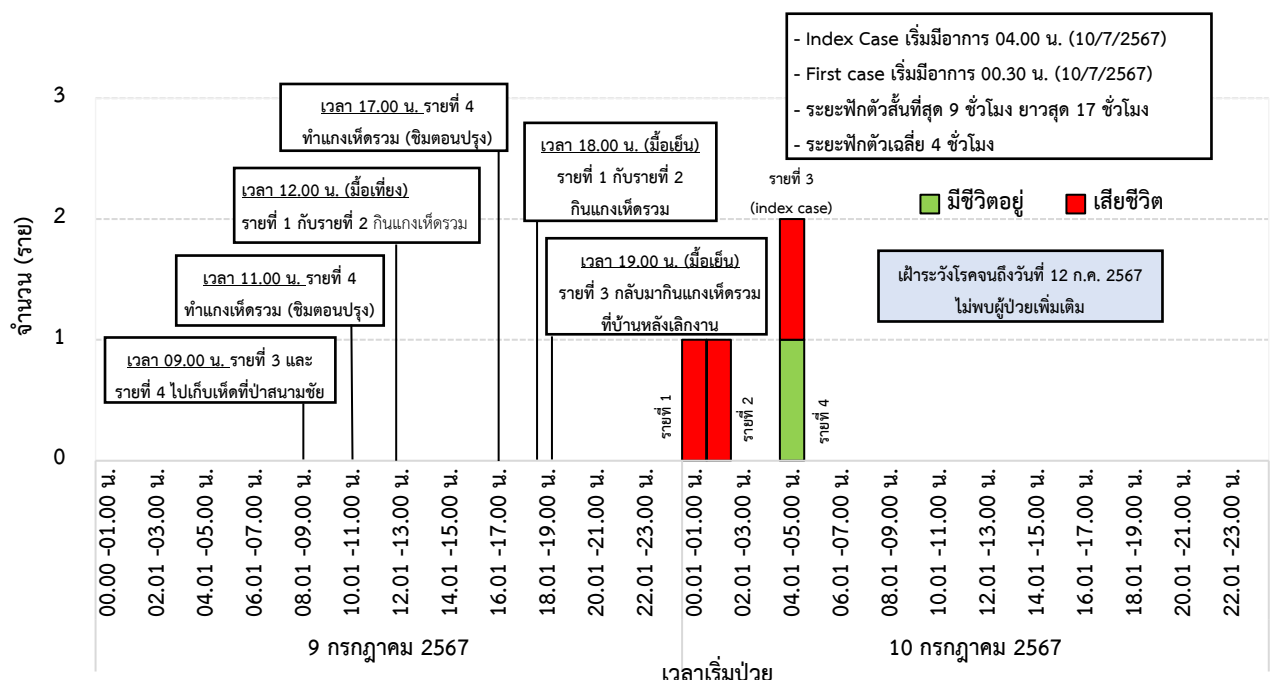
และเห็นชนิดใดกินไม่ได้ โดยอาศัยจากความคุ้นชินกับเห็ดที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล จึงมักจะมีการคัดเลือกเห็ดก่อนเก็บมาปรุงประกอบอาหารเสมอ จากการทบทวนสถานการณ์พบว่า ในพื้นที่อำเภอสตึกมีเหตุการณ์ผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดพิษเกิดขึ้นเป็นประจำทุกปีในช่วงฤดูฝน โดยในพื้นที่ที่มีการดำเนินการให้ความรู้และเตือนภัยผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ทั่วไป เช่น สื่อเผยแพร่ออนไลน์

สำหรับครอบครัวที่รับประทานเห็ดรวมในครั้งนี้ให้ประวัติว่าเคยเก็บเห็ดในที่ที่เคยเก็บ กินเป็นประจำ และเชื่อว่าเป็นเห็ดกินได้ อีกทั้งเมื่อนำมาทดสอบตามความเชื่อโดยการใส่ข้าวสารลงไปหม้อแกงเห็ดเพื่อดูว่าข้าวสารเปลี่ยนสีหรือไม่ เนื่องจากมีเพื่อนบ้านทักว่าเป็นเห็ดพิษ ทั้งนี้โดยปกติเพื่อนบ้านหลาย ๆ คน มักจะมีความคุ้นชินกับเห็ดที่เกิดจากป่านี้ และสามารถแยกได้ว่าเป็นชนิดใดกินได้ เห็ดชนิดใดกินไม่ได้ แต่จากการทดสอบในครั้งนี้พบว่าข้าวสารก็ไม่เปลี่ยนสี จึงคิดว่ากินได้ ทั้งนี้ได้รับการยืนยันจากผู้รายที่สองว่าเคยกินมาก่อนแต่ลักษณะแบบเดียวกันแต่กินปริมาณน้อยกว่าครั้งก่อน ทำให้ครั้งก่อนหน้าไม่แสดงอาการเจ็บป่วย จากการสอบถามชาวบ้าน

พบว่าพื้นที่บริเวณนี้เป็นป่ายางนาที่ล้อมรอบไปด้วยสวนยางพาราไร่มันสำปะหลัง และบริเวณป่ายางนาเอง เจ้าของพื้นที่ก็ได้มีการหว่านหัวเชื้อของเห็ดระโงกไว้ ซึ่งเห็ดนี้จะขึ้นเป็นประจำ มีลักษณะหลากหลายทั้งสีขาว เหลือง และแดง ซึ่งเจ้าของป่ายางนาจะล้อมฝ้ายางไว้ ชาวบ้านจะเข้าได้เฉพาะในส่วนที่ไม่ได้ล้อมผ้า

กระบวนการเก็บและการปรุงประกอบอาหาร

วันที่ 9 กรกฎาคม 2567 เวลาประมาณ 09.00 น. รายที่ 2 และ 4 ได้ขับจักรยานยนต์ไปเก็บเห็ดที่ป่าสนามชัย ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 8 กิโลเมตร ได้เห็ดมาประมาณ 1 ตะกร้า ประกอบด้วย เห็ดหูหนู เห็ดน้ำหมาก เห็ดข้าวแป้ง เห็ดระโงก เห็ดขี้เก็ดตอน และเห็ดระโงกน้ำตาล เมื่อกลับมาถึงบ้านก็ได้ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำเปล่าหลายรอบ ก่อนจะนำมาแบ่งแ่งในมือเที่ยงและมือเย็น มือเที่ยง (เริ่มปรุงอาหารประมาณ 11.00 น.) และมือเย็น (เริ่มปรุงอาหารประมาณ 17.00 น.) โดยรายที่ 4 แบ่งมาทำแกงเห็ดรวม ประมาณ 1 หม้อ โดยเอาเห็ดต่าง ๆ มาแกงรวมกัน แกงโดยใช้พื้ จนคิดว่าแกงสุก (ประมาณ 30 นาที) จึงตักใส่ถ้วย ให้สมาชิกในครอบครัวรับประทาน ตนเองแคะชิม



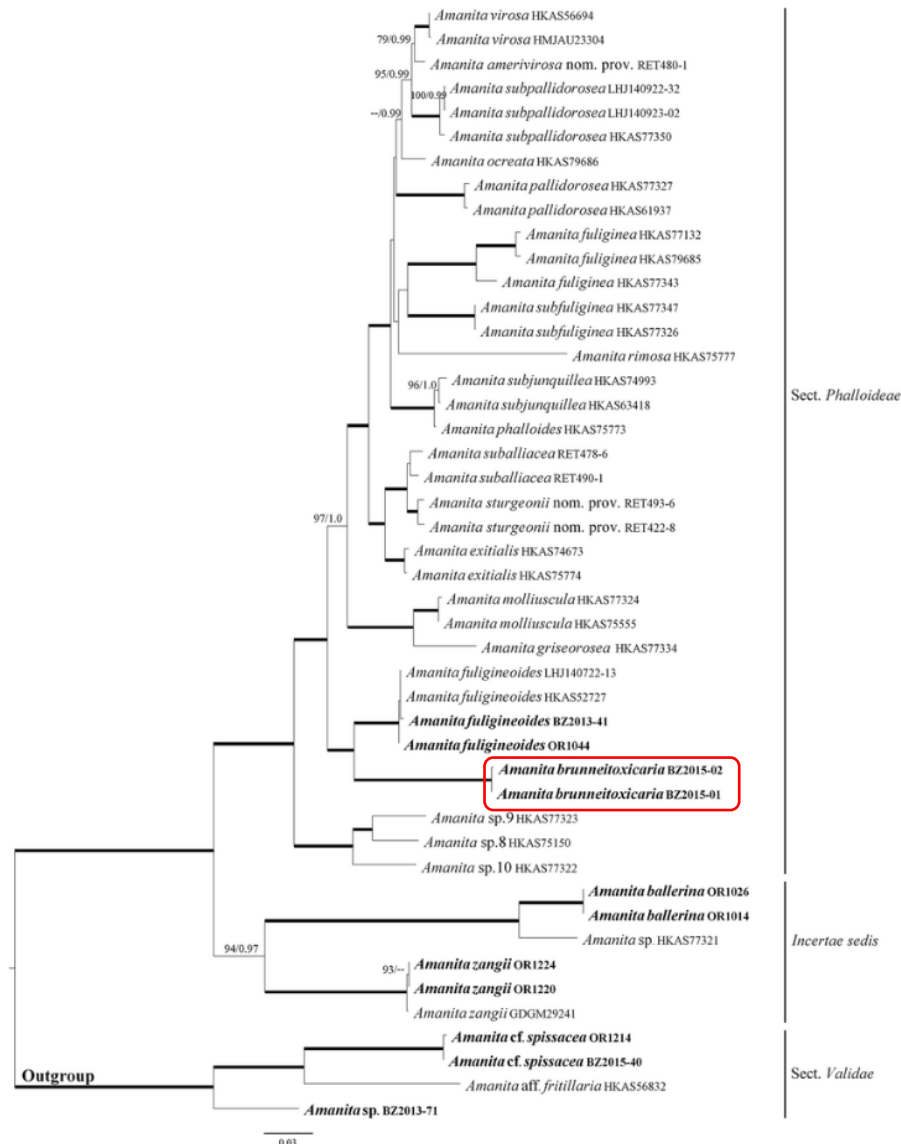
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ด จำแนกตามระยะเวลาเริ่มป่วยและผลการรักษา

บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 9-10 กรกฎาคม 2567

3. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ศึกษาทางห้องปฏิบัติการจากการเก็บตัวอย่างเห็ดสดที่ยืนยันจากผู้เห็นเหตุการณ์ (ผู้ป่วยรายที่ 4) ที่สามีและตนเองได้มาเก็บบริเวณป่าสนามชัย อำเภอสตึก จำนวน 1 ชุดตัวอย่าง (ประกอบด้วยดอกเห็ดระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะไข่ ดอกตูม ดอก-

บาน) ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ธนาคารทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ (National Biobank of Thailand) สอดคล้องกับผลตรวจเห็ด ด้วยวิธี Phylogenetic tree พบว่าเป็นมีความใกล้เคียงกับ *Amanita brunneitoxicaria* ร้อยละ 99.95



รูปที่ 3 แสดง Phylogenetic Tree เทียบผลวิเคราะห์ของตัวอย่างเห็ดในเหตุการณ์นี้กับ *Amanita brunneitoxicaria*

อภิปรายผล

จากการสอบสวนโรคในครั้งนี้นี้ยืนยันได้ว่าเป็นโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจริง มีลักษณะเป็นการระบาดจากแหล่งรังโรคร่วม (Common source outbreak) เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดบริโภคเห็ดจากแหล่งเดียวกันในวันเดียวกัน และมีอาการใกล้เคียงกัน

เหตุการณ์นี้พบผู้ป่วยเข้าข่ายทั้งหมด 4 ราย เสียชีวิตถึง 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 75 ระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงกระทั่งมีอาการมีระยะพักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 4 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องกับเห็ดในกลุ่ม *Amanita* spp. ที่มีระยะพักตัวประมาณ 6-24 ชั่วโมง โดยทุกรายมีอาการปวดท้อง อาเจียน คลื่นไส้ และอ่อนเพลีย รวมถึงมีค่าการทำงานของตับและไต

สูงผิดปกติ โดยเฉพาะค่า AST และ ALT สะท้อนให้เห็นภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลวรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ ขณะที่ผู้รอดชีวิตมีค่า AST และ ALT ผิดปกติเล็กน้อยเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงยศ คำชัย และคณะว่า ผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยที่มีค่าเกี่ยวข้องกับการทำงานของตับและไตสูงเกิน ค่ามาตรฐานอาจทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันทั่วทั้งที่⁽¹⁰⁾

สาเหตุการเกิดโรคสันนิษฐานได้ว่า เกิดจากการเก็บเห็ดพิษที่ชาวบ้านเรียกกันว่าเห็ดระงากปนมากับกับเห็ดระโงกมาทำอาหารกิน ซึ่งเห็ดมีลักษณะที่คล้ายกันทั้งขนาด สี โดยเฉพาะดอกอ่อนที่มีลักษณะเป็นก้อนกลมคล้ายไข่ โดย ธิติยา บุญประเทือง และคณะ ระบุว่าเห็ดระโงกน้ำตาล (กินไม่ได้) มีลักษณะคล้ายเห็ดระโงกไล่เดือน (กินได้)⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับสายสมร ล้ายอง และคณะ ที่อธิบายว่าการจำแนกเห็ดต้องอาศัยทั้งความเชี่ยวชาญและประสบการณ์⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยธนาคารทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ (National Biobank of Thailand) จากตัวอย่างเห็ดสด พบว่ามีความใกล้เคียงกับ *Amanita brunneitoxicaria* ร้อยละ 99.85 โดยมี α -amatoxin และ β -amatoxin ที่เป็นตัวก่อพิษ⁽⁵⁾

การเก็บเห็ดมารับประทานในช่วงฤดูฝนมีโอกาสที่จะเก็บเห็ดพิษปนมาในตะกร้า และนำมาปรุงอาหารในหม้อเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นเห็ดกินได้เคยกินเมื่อนานมาแล้ว จึงเก็บมาประกอบอาหารอีกครั้งซึ่งสอดคล้องกับขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล และคณะ⁽¹²⁾ แต่คาดว่าครั้งนี้ปริมาณการรับประทานเห็ดที่มาก จึงทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยถึงขั้นรุนแรงและเสียชีวิตซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคสัมพันธ์กับปริมาณเห็ดที่บริโภค อีกทั้งมี 1 ราย พบว่ามีประวัติดื่มสุราร่วมด้วย ซึ่งอาจเพิ่มการดูดซึมของสารพิษเข้าสู่ร่างกายได้มากขึ้น อีกทั้งยังคงมีความเชื่อผิด เช่น การต้มเห็ดกับข้าวสารเพื่อดูการเปลี่ยนสีเป็นวิธีตรวจสอบเห็ดพิษ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและนำไปสู่การเสียชีวิต

จากการทบทวนสถานการณ์พบว่าในพื้นที่อำเภอสตึก ช่วงฤดูฝน มักจะมีผู้ป่วยที่มีประวัติรับประทานเห็ดพิษคล้ายกับเหตุการณ์นี้ทุกปี สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการให้ความรู้และเตือนภัยที่ดำเนินการในปีก่อนหน้านั้นยังไม่เพียงพอในการเปลี่ยน

พฤติกรรมของชุมชน โดยเป็นการสื่อสารความเสี่ยงแบบสื่อ-ประชาสัมพันธ์ทั่วไป เช่น สื่อเผยแพร่ออนไลน์อาจยังไม่สามารถสร้างการรับรู้ที่ลึกซึ้งหรือยั่งยืนได้ การป้องกันจึงควรเน้นในเชิงพฤติกรรม โดยใช้กรณีจริงในพื้นที่เป็นตัวอย่างสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน เช่น การจัดตั้งเครือข่ายหมู่บ้านปลอดเห็ดพิษ สื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขเชิงรุก การสร้างคู่มือจำแนกเห็ดเฉพาะพื้นที่โดยเฉพาะเห็ดระงาก หรือการรณรงค์ติดป้ายเตือนในช่วงฤดูฝนที่เป็นฤดูกาลเสี่ยงสูงสุด นอกจากนี้ การเกิดเหตุซ้ำในพื้นที่เดียวกันถึงสองปีติดต่อกัน แสดงให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังโรคแม้จะสามารถตอบสนองได้แต่ยังขาดการวิเคราะห์เพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงซ้ำและวางแผนมาตรการเชิงรุกได้ทันทั่วทั้งที่ การเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ควรเชื่อมโยงข้อมูลย้อนหลังหลายปี เพื่อหาพื้นที่ที่มีการเกิดซ้ำของเหตุการณ์ และจัดลำดับความเสี่ยงในการเฝ้า-ระวังล่วงหน้า ซึ่งคาดหวังว่าจะสามารถตรวจจับเหตุการณ์ในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงเมื่อพบผู้ป่วยจะนำเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ ลดอัตราการเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษได้ในอนาคต

ผลการเฝ้าระวังโรค

การค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วม วันที่ 10–12 กรกฎาคม 2567 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 4 ราย (เสียชีวิต 3 ราย) เป็นครอบครัวเดียวกันและมีประวัติรับประทานเห็ดรวม ที่เก็บมาจากป่าสนามชัย ทั้งนี้ พบว่ามีสุนัขตายอีก 1 ตัว เนื่องจากได้กินข้าวคลุกน้ำแกงเห็ด ที่เจ้าของให้อาหาร ประมาณ 1 ถ้วย (ช่วงเย็น) จากการดำเนินการเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดในประชาชนที่อาศัยอยู่บ้านสระกระเจาย หมู่ 4 ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ โรงพยาบาลสตึกและในชุมชนที่เข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยสงสัย ผลการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่วันที่ 10–12 กรกฎาคม 2567 ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

ข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

การเก็บตัวอย่างอาหาร (แกงเห็ดรวม) ไม่สามารถเก็บในตัวอย่างที่รับประทานได้ เนื่องจากมีการทำลายไปหมดแล้ว รวมถึงอาจจะไม่ได้รับข้อมูลในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานเห็ดที่แม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต

มาตรการควบคุม และป้องกันโรค

1. หน่วยปฏิบัติการสอบสวนโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอสตึก ออกสอบสวนโรคและติดตามค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และเก็บตัวอย่างเห็ดที่สงสัยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ธนาคารทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ (National Biobank of Thailand)

2. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอสตึก ให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่เรื่องเห็ดพิษ ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าวหมู่บ้าน สปอวิทยุ เพจ เฟสบุ๊ก เป็นต้น และนำเสนอผลการสอบสวนโรคในที่ประชุมประจำเดือนระดับอำเภอ เพื่อให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายทราบและรณรงค์เรื่องการสื่อสารความเสี่ยงในชุมชนอย่างเข้มข้น ตัดป้ายแจ้งเตือน “ป่านี้มีเห็ดพิษ คิดก่อนเก็บ” ในบริเวณทางเข้าป่าสนามชัย

3. การกิจสื่อสารความเสี่ยง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แจ้งประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้กับประชาชนในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ตระหนักถึงการนำเห็ดมาบริโภค

4. ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์และอำเภอสตึก ออกพื้นที่ดูแลเยียวยาสภาพจิตใจ ครอบครัวผู้เสียชีวิต เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายติดตาม แนะนำญาติดูแลใกล้ชิด

สรุปผลการศึกษา

พบผู้ป่วยยืนยันโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดจำนวน 4 ราย เป็นครอบครัวเดียวกัน มีประวัติรับประทานเห็ดรวมที่เก็บมาจากป่าสนามชัยใกล้หมู่บ้าน ซึ่งหนึ่งในสี่รายทราบว่าเห็ดพิษ แต่เนื่องจากเคยไปเก็บในป่านี้รับประทานมาแล้วหลายครั้ง จึงคิดว่าเป็นเห็ดที่สามารถกินได้อีกทั้งผู้ปรุงได้ทำการทดสอบสารพิษในเห็ดด้วยการเอาข้าวสารมาต้มรวมกับเห็ด แต่พบว่าไม่มีการเปลี่ยนสีแต่อย่างใด จึงนำมารับประทานเป็นมื้อเที่ยง และมื้อเย็นของวันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในเหตุการณ์นี้ คือ พฤติกรรมของผู้บริโภคเห็ด เคยเก็บมาหลายครั้งแล้ว เข้าใจว่าเป็นเห็ดกินได้ หรือการทดสอบโดยการนำเอาข้าวสารผสมลงไปขณะต้มเห็ด พบว่าไม่มีการเปลี่ยนสีแต่อย่างใด อีกทั้งการที่ผู้ป่วยรับประทานในปริมาณมาก

รวมถึงการมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานเห็ดทำให้เกิดพิษต่อร่างกายที่รุนแรง และผลจากการเฝ้าระวังในชุมชน ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การสื่อสารความเสี่ยงต่อชุมชน ควรสื่อสารความเสี่ยงผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยเน้นย้ำให้ประชาชนหยุดการรับประทานเห็ดที่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นเห็ดกินได้ รวมถึงหลีกเลี่ยงการทำแกงเห็ดรวมที่มีโอกาสสับสนกับเห็ดพิษ ตลอดจนชี้แจงให้เข้าใจว่า ภูมิปัญญาชาวบ้านในการแยกเห็ดพิษ เช่น การต้มกับข้าวสารหรือซ้อนเงิน การเลือกเก็บจากแหล่งที่เคยพบว่า “ปลอดภัย” หรือการสังเกตเห็ดที่มีรอยแมลงกัดกินนั้น ไม่สามารถรับรองความปลอดภัยได้อย่างแท้จริง

2. การขับเคลื่อนโครงการเชิงป้องกันเสนอให้อำเภอสตึกดำเนินโครงการ “ชุมชนปลอดภัย ห่างไกลเห็ดพิษ” และ “ชุมชนอาหารปลอดภัย” ผ่านกลไกของ พชอ. เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3. การเฝ้าระวังและการแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรมีมาตรการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่มีการเจริญเติบโตของเห็ด เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากเห็ดพิษ

4. การพัฒนาความรู้และคู่มือในชุมชน จัดอบรมและให้ความรู้เรื่องพิษจากเห็ด กลไกการเกิดโรค และวิธีสังเกตเห็ดที่ปลอดภัยต่อการบริโภค เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน โดยควรจัดทำ คู่มือภาพจำแนกชนิดเห็ดกินได้และเห็ดพิษ ไว้ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนทุกหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นสื่อการสื่อสารความเสี่ยงและเป็นข้อมูลอ้างอิงที่เข้าถึงง่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ

ตลอดจนทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล และขอขอบคุณ ผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ และประชาชนที่ให้ข้อมูลสำคัญต่อการสอบสวนโรค รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร. นายแพทย์วรยศ ดาราสว่าง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ได้ร่วมเป็นทีมสอบสวนโรคในครั้งนี้

References

1. Nimsoomboon T, Nimsoomboon N. Toxic mushroom. Thai Journal of Hospital Pharmacy. 2021;31(2):73–87. (in Thai)
2. Sowanee P, Teankam S, Panya N. Knowledge, belief, practice of selecting mushrooms for cooking and the first aid on patients with mushroom poisoning of mushroom experts, Trakanphuetphon District, Ubon Ratchathani Province. J Health Sci. 2020;29(6):995–1005. (in Thai)
3. Taikam Y. Knowledge about mushrooms [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <http://biology.ipst.ac.th/?p=933> (in Thai)
4. Sowanee P, Thiankham S, Panya N. Knowledge, beliefs, and practices in mushroom selection for cooking and first aid among mushroom experts, Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Health Science. 2020;29(6): 995–1005. (in Thai)
5. Department of Disease Control (TH), Division of General Communicable Diseases. Mushroom poisoning manual [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2024 Jul 24]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/mushroom poisoning.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/mushroom%20poisoning.pdf) (in Thai)
6. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Annual epidemiological surveillance Report 2012: Mushroom poisoning [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2013 [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2012/index.html> (in Thai)
7. Nooron N, Parnmen S, Sikaphan S, Leudang S, Uttawichai C, Polputpisatkul D. The situation of mushrooms food poisoning in Thailand: symptoms and common species list. Thai J Toxicol. 2020;35(2):58–69. (in Thai)
8. Department of Disease Control (TH), Division of General Communicable Diseases. Guideline of mushroom poisoning. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2024 [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://sites.google.com/view/jit-ddc/หน้าแรก/กรมโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ/เหตุพิษ-mushroom-poisoning> (in Thai)
9. Department of Disease Control (TH), Division of General Communicable Diseases. Assess the risk of food poisoning from poisonous mushrooms. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2024 [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://odpc9.ddc.moph.go.th/EOC/Content/RRA-22.pdf> (in Thai)
10. Kumchai T, Jaimun C, Karin R, Wongsri P, Yodthonglert N, Kodo K. Investigation of mushroom poisoning outbreak in Ban Mae Khapu, Bo Kaeo Subdistrict, Samoeng District, Chiang Mai Province, 20–23 December 2022. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2023;54(34):515–21. (in Thai)
11. Lamyong S, Watanarat S. Toxic mushrooms in Thailand [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://science.royalsociety.go.th/bulletin3-2565/#1325656> (in Thai)

12. Naksuwankul K, Thongbo A, Chantarasena C, Ongajnarong C, Polrach S, Panmen S, et al. Identification of toxic mushrooms by morphology and local knowledge in Ubon Ratchathani Province. *KKU Science Journal*. 2021;49(1):40–57. (in Thai)