

ความชุกและลักษณะทางคลินิกของการแพ้ชนิดรุนแรงในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ

สุราทิพย์ วัฒนะพนาลัย พว.
โรงพยาบาลชัยภูมิ

Abstract: Prevalence and Clinical Characteristics of Anaphylaxis in Children at Chaiyaphum Hospital

Sutatip Watthanaphanalai, M.D.
Chaiyaphum Hospital

Background: Anaphylaxis is an acute allergic reaction. This is a potentially life-threatening, so patients should be receiving management immediately without any delayed treatment. **Objective:** This study aimed to estimate the prevalence and clinical characteristics of patients with anaphylaxis at Chaiyaphum Hospital. **Method:** This study was a retrospective descriptive study of patient confirm with anaphylaxis, aged from 0 to 15 years old, from 1st January 2015 to 31st December 2019 at Chaiyaphum Hospital. **Result:** The anaphylaxis occurrence rate was 18.6 per 100,000 patients per year. Age-specific rate was the highest for ages 11 – 15 years (41.8%). The median and mode duration of onset of anaphylaxis were 60 minutes after exposure . Major causative agents includes food (48.5%) and insect bites/stings (26.2%). The presenting organ involvement were skin and cutaneous (96.1%), respiratory (76.7%) and gastrointestinal (49.5%). All patients received chlopheniramine (CPM) for treatment but epinephrine was given to 86.4% of the patients. **Conclusion:** Foods were the most common cause of anaphylaxis. The most common manifestations were skin and cutaneous organ involvement. Most of patients were provided treatment with a prescription with antihistamine and epinephrine. So, the basic and implications of diagnostic practices in this disorder warrant further exploration.

Keyword: anaphylaxis, Clinical manifestation, 0-15 years old

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis) เป็นปฏิกิริยาทางภูมิแพ้ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วต้องได้รับการรักษาทันที หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาที่ล่าช้า อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ **วัตถุประสงค์:** ศึกษาความชุกและ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยแพ้ชนิดรุนแรงอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาย้อนหลัง ศึกษาผู้ป่วยแพ้ชนิดรุนแรงอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 **ผลการศึกษา:** ความชุกของการแพ้ชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลชัยภูมิเท่ากับ 18.6 รายต่อผู้ป่วยแสนคนต่อปี ช่วงอายุที่พบการแพ้ชนิดรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ อายุ >11-15 ปี (ร้อยละ 41.8) ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิด

อาการมีค่าเท่ากัน คือ 60 นาที สาเหตุหลักเกิดจากอาหาร (ร้อยละ 48.5) และแมลงหรือสัตว์กัด/ต่อย (ร้อยละ 26.2) อวัยวะหรือระบบที่พบมาก คือ ระบบผิวหนังและเยื่อ (ร้อยละ 96.1) ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 76.7) และระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 49.5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับยา chlopheniramine (CPM) ในการรักษา และได้รับ epinephrine คิดเป็นร้อยละ 86.4 **สรุป:** สาเหตุการแพ้รุนแรงจากอาหารพบมากที่สุด ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยแพ้ชนิดรุนแรงส่วนใหญ่พบอาการและอาการแสดงทางระบบผิวหนังและเยื่อ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการรักษาทั้ง antihistamine and epinephrine ดังนั้นการให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการดูแลรักษาที่รวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การแพ้ชนิดรุนแรง, ลักษณะทางคลินิก , อายุ 0-15 ปี

บทนำ

การแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis) เป็นปฏิกิริยาทางภูมิแพ้ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วทั้งร่างกายและอาจมีความรุนแรงจนเป็นอันตรายถึงชีวิต¹ ในประเทศไทยพบความชุกการแพ้ชนิดรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล โดยมีความชุกการเกิด 2.6 -223 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี^{2,3,4} และยังมีรายงานความชุกที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย² จากข้อมูลในต่างประเทศที่ทำการศึกษาศาเหตุการแพ้ชนิดรุนแรงในเด็กพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการแพ้รุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการแพ้ peanuts แมลงต่อย ยา นม ปลาบางชนิด ยางธรรมชาติ เป็นต้น^{5,6} ส่วนประเทศไทยมีรายงานในเด็กและวัยรุ่นพบอาหารเป็นสาเหตุของการแพ้รุนแรงมากที่สุด แต่ไม่มีข้อมูลตัวเลขที่ชัดเจน¹ จากข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชพบว่า การแพ้ชนิดรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุเกิดในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ อาจจะเนื่องจากเด็กไม่สามารถให้ประวัติได้ละเอียด ทำให้ไม่สามารถหาสาเหตุของการเกิดการแพ้รุนแรงที่ชัดเจนได้ การแพ้ชนิดรุนแรงเป็นภาวะที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง ปัจจุบันได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงที่จัดทำขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งได้มีการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยและการรักษาโดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พ.ศ. 2560¹ แต่การศึกษาความชุกของการแพ้ชนิดรุนแรง อาการแสดงตลอดจนวิธีการรักษาการแพ้รุนแรงในเด็กยังมีศึกษาน้อยมาก การศึกษาการแพ้ชนิดรุนแรงในเด็กส่วนใหญ่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสารก่อภูมิแพ้ชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาเฉพาะแผนก เช่น แผนกฉุกเฉิน แต่ยังไม่มียังไม่มีข้อมูลโดยรวมที่ชัดเจนในเด็กที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรง และโรงพยาบาลชัยภูมิยังไม่มีข้อมูลดังกล่าว ผู้ทำการศึกษาก็มีความ

สนใจศึกษาเพื่อให้ทราบถึงความชุก สาเหตุ อาการและอาการแสดง และการรักษาในผู้ป่วยเด็กทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาการแพ้รุนแรงในโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมในผู้ป่วยเด็กที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรง รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าและการวิจัยต่อไปในอนาคต

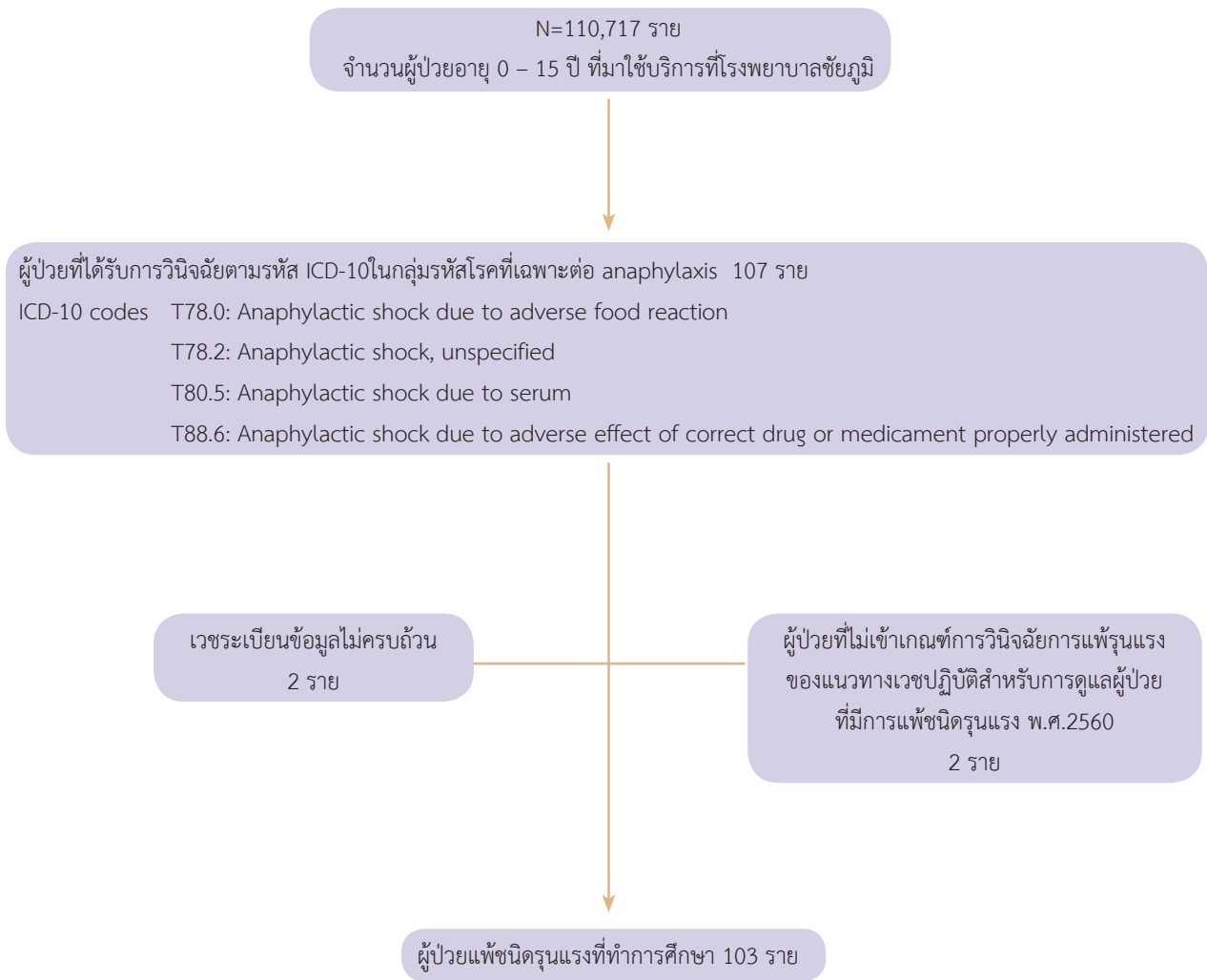
วัตถุประสงค์และวิธีการ

ศึกษาความชุกและลักษณะทางคลินิกของการแพ้ชนิดรุนแรงในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากการทบทวนบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยในของเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ตามรหัส ICD-10 ในกลุ่มรหัสโรคที่เฉพาะต่อ anaphylaxis (ICD-10 codes T78.0: Anaphylactic shock due to adverse food reaction, T78.2: Anaphylactic shock, unspecified, T80.5: Anaphylactic shock due to serum, T88.6: Anaphylactic shock due to adverse effect of correct drug or medicament properly administered) ที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยเข้าได้รับการแพ้รุนแรงของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พ.ศ.2560¹

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พ.ศ. 2560¹ เวชระเบียนไม่มีข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้



แผนภูมิที่ 1 แสดงข้อมูลผู้ป่วยที่นำมาศึกษา

ผล

การศึกษานี้พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 103 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงอายุ 0-15 ปีที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 110,717 ราย คิดเป็นความชุก 18.6 รายต่อแสนคนต่อปี เป็นเพศชาย 63 ราย เพศหญิง 40 ราย สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.6:1 ช่วงอายุที่พบการแพ้ชนิดรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ อายุ >11-15 ปี มีจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 41.8) รองลงมาคือ ช่วงอายุ >7 – 11 ปี 24 ราย (ร้อยละ 30.1) โดยมีประวัติการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน 15 ราย (ร้อยละ 14.6) มีโรคประจำตัวภูมิแพ้ 11 ราย (ร้อยละ 10.7) ดังแสดงในตารางที่ 1

อาการและอาการแสดงจำแนกตามระบบ พบอาการและอาการแสดงของระบบผิวหนังและเยื่อเมือกที่สูงสุดจำนวน 99 ราย (ร้อยละ 96.1) และเป็นระบบแรกที่เกิดอาการมากที่สุด โดยพบจำนวน 97 ราย (ร้อยละ 94.2) พบผู้ป่วยแรกเริ่มมีความคันโลหิตต่ำจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 12.6) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการต่ำสุด 3 นาที สูงสุด 660 นาที ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการมีค่าเท่ากัน คือ 60 นาที ดังแสดงในตารางที่ 1

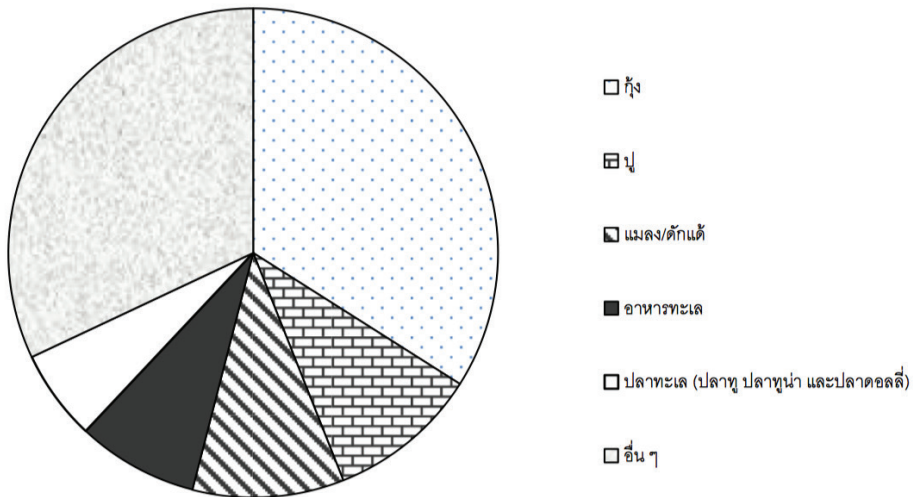
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิก

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
0-1	4	3.9
1-3	2	1.9
3-7	23	22.3
7-11	31	30.1
11-15	43	41.8
เพศ		
ชาย	63	61.2
หญิง	40	38.8
มีประวัติการแพ้ชนิดรุนแรง	15	14.6
โรคประจำตัวภูมิแพ้ (โรคหืด, โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง, โรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้)	11	10.7
อาการและอาการแสดงจำแนกตามระบบ		
ระบบผิวหนังและเยื่อ	99	96.1
ระบบทางเดินหายใจ	79	76.7
ระบบทางเดินอาหาร	51	49.5
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	16	5.8
ระบบประสาท	1	1.0
ระบบแรกที่เกิดอาการ		
ระบบผิวหนังและเยื่อ	97	94.2
ระบบทางเดินอาหาร	4	3.9
ระบบทางเดินหายใจ	2	1.9
สัญญาณชีพแรก		
ความดันโลหิตต่ำ	13	12.6
ความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ	90	87.4
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการ (นาที) (ต่ำสุด 3 นาที สูงสุด 660 นาที)		
ค่าฐานนิยมระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการ (นาที)	60	
ค่ามัธยฐานระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการ (นาที)	60	
ไม่ทราบระยะเวลาที่แน่นอนตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการ	15	14.6

ตารางที่ 2 สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงในผู้ป่วย

สาเหตุการแพ้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาหาร	50	48.5
แมลงหรือสัตว์กัด/ต่อย	27	26.2
ยา	6	5.8
อื่นๆ	9	8.7
ไม่ทราบสาเหตุ	11	10.7

แผนภูมิที่ 2 แสดงสาเหตุการแพ้รุนแรงจากอาหาร



ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรง พบว่า อาหารเป็นสาเหตุอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมา ได้แก่ แมลงกัด/ต่อย และไม่ทราบสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 26.2 และ 10.7 ตามลำดับ สาเหตุจากอาหารที่ทำให้เกิดการแพ้รุนแรงโดยแสดงดังแผนภูมิที่ 2 พบว่า สาเหตุการแพ้รุนแรงจากอาหารที่พบมากที่สุดคือ กุ้ง คิดเป็นร้อยละ 34 รองลงมาได้แก่ นมคิดเป็นร้อยละ 10 แมลง/ดักแด้คิดเป็นร้อยละ 10 อาหารทะเลคิดเป็นร้อยละ 8 ปลาทะเล (ปลาทู ปลาทูน่า และปลาตอลลี) คิดเป็นร้อยละ 6 และ อื่น ๆ ได้แก่ หมึกคิดเป็นร้อยละ 4 ลูกชิ้นไก่/เนื้อไก่คิดเป็นร้อยละ 4 ขนมหิน

คิดเป็นร้อยละ 4 บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปคิดเป็นร้อยละ 4 ลูกชิ้นปลาคิดเป็นร้อยละ 2 ไข่คิดเป็นร้อยละ 2 นมคิดเป็นร้อยละ 2 สัปะรด คิดเป็นร้อยละ 2 น้ำผึ้งคิดเป็นร้อยละ 2 สุราคิดเป็นร้อยละ 2 ไข่กุ้งคิดเป็นร้อยละ 2 ช็อคโกแลตคิดเป็นร้อยละ 2

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 99 ราย พิจารณารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในแต่สังเกตอาการที่แผนกฉุกเฉินมีจำนวน 4 ราย โดย 2 ราย สังเกตอาการเป็นเวลา 10 ชั่วโมงและอีก 2 รายสังเกตอาการเป็นเวลา 7 ชั่วโมง ผลการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดหายจากอาการแพ้รุนแรง ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ในการรักษาการแพ้ชนิดรุนแรง

ยาที่ใช้ในการรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Epinephrine	89	86.4
Chlorpheniramine(CPM)(H ₁ -antihistamine)	103	100.0
Ranitidine(H ₂ -antihistamine)	79	76.7
Corticosteroids	97	94.2
Bronchodilators	33	32.0
Inotropic drug	2	1.9

จากตารางที่ 3 พบว่า ยาที่ใช้ในการรักษาการแพ้ชนิดรุนแรง อันดับที่ 1 คือ chlorpheniramine จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 100.0) รองลงมา ได้แก่ corticosteroids จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 94.2) และ epinephrine จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 86.4) ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่เกิด biphasic phase จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 11 – 15 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่เกิด biphasic phase มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ทราบชนิดที่ทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วย corticosteroid ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและสาเหตุระหว่างในผู้ป่วยที่เกิด biphasic phase กับ monophasic phase

	ผู้ป่วยที่เกิด Biphasic phase (ราย) n=6	ผู้ป่วยที่เกิด Monophasic phase (ราย) n=97
เพศ		
ชาย	4	59
หญิง	2	38
อายุ(ปี)		
0-1	0	4
1-3	0	2
3-7	1	22
7-11	1	30
11-15	4	39
มีประวัติการแพ้ชนิดรุนแรง	0	15
โรคประจำตัวภูมิแพ้ (โรคหืด, โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง, โรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้)	1	10
สาเหตุ		
อาหาร	1	49
แมลง หรือสัตว์กัดต่อย	0	24
ยา	1	7
อื่น ๆ	0	9
ไม่ทราบสาเหตุ	4	8
Shock in initial phase	1	12
ยาที่ใช้ในการรักษา		
Epinephrine	5	84
Corticosteroids	6	91

อภิปรายผล

จากข้อมูลความชุกของการแพ้ชนิดรุนแรงทั่วโลกแตกต่างกันอย่างมากตั้งแต่ 1-761 รายต่อแสนคนต่อปี⁸ ในการศึกษาครั้งนี้พบความชุก 18.6 รายต่อแสนคนต่อปี เป็นเพศชาย 63 ราย เพศหญิง 40 ราย สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.6:1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁵ ช่วงอายุที่พบการแพ้ชนิดรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ อายุ >11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.8 โดดเดี่ยวกับการศึกษาที่ผ่านมา⁵ อาจเนื่องมาจากช่วงอายุดังกล่าวมีโอกาสสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ได้มากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงได้เพิ่มขึ้น ในการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน ร้อยละ 14.6 โดดเดี่ยวกับการศึกษาที่ผ่านมา ร้อยละ 13.8-18^{6,9} แตกต่างจากการศึกษาของ Susan D.Dibs และคณะ ที่พบร้อยละ 31⁵ และการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยมีโรคประจำตัวภูมิแพ้ ร้อยละ 10.7 แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบร้อยละ 40.5-55^{3,5,6,9,10,11} อาจจะเป็นเนื่องจากความแตกต่างของเชื้อชาติ ลักษณะประชากรที่ทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถระบุสาเหตุของการแพ้ได้ โดยมีเพียงร้อยละ 10.7 ที่ไม่สามารถระบุสาเหตุ ซึ่งพบน้อยกว่าการศึกษาของ

แพรวาและคณะ ที่พบว่าไม่สามารถระบุสาเหตุการแพ้ได้คิดเป็นร้อยละ 17.1¹² สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ อาหารคิดเป็นร้อยละ 48.5 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{3,10,13} แตกต่างจากงานวิจัยของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบว่ายาเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดการแพ้รุนแรง^{2,7} อาการและอาการแสดงจำแนกตามระบบพบอาการทางระบบผิวหนังและเยื่อเมือกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.1 เหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,7,10,14} ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการต่ำสุด 3 นาที สูงสุด 660 นาที ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการมีค่าเท่ากัน คือ 60 นาที สอดคล้องกับการการศึกษาของ Kari Bohlke และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปีพบว่าระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการส่วนใหญ่จะปรากฏอาการและอาการแสดงภายใน 60 นาที แตกต่างการศึกษาของยูทอรนาและคณะ¹⁰ ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 29.5 ปี มีค่ามัธยฐานระยะเวลาตั้งแต่ได้รับสิ่งกระตุ้นจนเกิดอาการเป็นเวลา 30 นาที ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจจะเป็นเนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นอาจจะเคยได้รับสิ่งกระตุ้นมาก่อนเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นครั้งที่สองทำให้เกิดอาการได้

เร็วมากขึ้น ในการศึกษาส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากอาหาร อาจทำให้ ค่ำมัธยฐานและค่าฐานนิยมมีค่ามากกว่า 30 นาที ปัจจุบันมีข้อมูล ที่พบว่าสารก่อภูมิแพ้ชนิดรับประทานอาจทำให้เกิดอาการซ้ำกว่า การได้รับทางอื่นเนื่องจากสารก่อภูมิแพ้ต้องผ่านการย่อยหรือการ เปลี่ยนแปลงสภาพภายในระบบทางเดินอาหารก่อน¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ในการศึกษาพบว่าเกิดปฏิกิริยาการแพ้รุนแรงเป็นครั้งแรก โดยพบ ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน ร้อยละ 14.6 ใกล้เคียง กับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 96.1 ได้รับการรักษา แบบผู้ป่วยใน มีเพียง 4 รายที่ไม่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในแต่สังเกต อาการที่แผนกฉุกเฉิน โดย 4 ใน 2 ราย สังเกตอาการเป็นเวลา 10 ชั่วโมงและอีก 2 รายสังเกตอาการเป็นเวลา 7 ชั่วโมง ซึ่งการสังเกต อาการตามระยะเวลาดังกล่าวสอดคล้องตามเกณฑ์ในการรับผู้ป่วย ไว้รักษาในโรงพยาบาลของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วย ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พ.ศ. 2560 ที่ระบุว่าแพทย์ผู้ดูแลควรสังเกต อาการผู้ป่วยอย่างน้อย 4-8 ชั่วโมงก่อนพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะรุนแรงหรือข้อบ่งชี้ที่ต้องรับไว้สังเกตอาการใน โรงพยาบาลหรือกรณีไม่มีผู้ดูแล¹

ในด้านการรักษาถึงแม้ว่า epinephrine จะเป็นยาที่มีความสำคัญที่สุดและจำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เกิดการแพ้ชนิดรุนแรง แต่ในการศึกษานี้พบว่า มีการเลือกใช้ยา กลุ่ม H₁ - antihistamine ได้แก่ chlorpheniramine มากกว่าการ เลือกใช้ยา epinephrine แสดงให้เห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังให้การ รักษาตามอาการมากกว่าการเลือกใช้ epinephrine ซึ่งเป็นรักษา จำเพาะ ดังนั้นการให้ความรู้โดยเฉพาะแนวทางการวินิจฉัยและ รักษาที่ถูกต้องแก่บุคลากรเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

การศึกษานี้พบภาวะ biphasic reaction เกิดใน 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับข้อมูลความรู้ในอดีตที่พบว่าภาวะ biphasic reaction สามารถเกิดอาการได้ตั้งแต่ 1 ถึง 72 ชั่วโมง¹ ในการศึกษาพบว่า ภาวะ biphasic reaction จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.8 โดย อุบัติการณ์ที่พบภาวะ biphasic reaction แตกต่างกันในแต่ละ การศึกษา โดยพบร้อยละ 0 – 7^{7,10,12,15-17} ในการศึกษาพบว่าแนว โนมของการเกิดภาวะ biphasic reaction มักจะเกิดในอายุที่มาก ขึ้นโดยในการศึกษานี้เกินร้อยละ 60 มีช่วงอายุมากกว่า 11 – 15

เอกสารอ้างอิง

1. Clinical Practice Guidelines for Anaphylaxis 2017. Available from: http://allergy.or.th/thai_CPG_Anaphylaxis.full.version.pdf.
2. Techapomroong M., Akrawinthewong K., Cheungpasitporn W, et al. Anaphylaxis: a ten years inpatient retrospective study. Asian Pac J Allergy Immunol. 2010; 28:262-9.

ปี และไม่พบการเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มักจะมีรายงานการเกิดในผู้ใหญ่ หรือเด็กโตมากกว่า¹⁷ อาจเนื่องมาจากปฏิกิริยาการกระตุ้นภูมิได้ รุนแรงมากกว่าในทารกหรือเด็กเล็ก

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิด biphasic reaction ไม่ทราบสาเหตุการแพ้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การเกิด biphasic reaction มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแพ้ ชนิดรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุการแพ้^{16,17}

ผู้ป่วยทุกรายที่เกิด biphasic reaction ได้รับ corticosteroids ในการรักษา ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Orapan Poachanukoon ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เกิด biphasic reaction มีประวัติ ได้รับ corticosteroids ในการรักษา ร้อยละ 87.5³ มีการศึกษาของ Karen S. Farbman และคณะ¹⁸ พบว่าการให้ glucocorticoid จะ มีประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยมีโรคหืดและมีภาวะทางเดินหายใจบวม แต่การให้ glucocorticoid ในผู้ป่วยแพ้ชนิดรุนแรงไม่ได้ลดความ เสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิด biphasic reaction แสดง ให้เห็นว่า การได้รับ corticosteroids อาจจะไม่ได้ออกันการเกิด biphasic reaction ได้

สรุป

ความชุกของการแพ้ชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลชัชภูมิเท่ากับ 18.6 รายต่อแสนคนต่อปี ส่วนใหญ่พบอาการและอาการแสดงทาง ระบบผิวหนังและเยื่อเมือก ผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้ได้รับการรักษาที่จำเพาะ คือ ยา epinephrine จึงควรมีการให้ความรู้โดยเฉพาะแนวทางการ วินิจฉัยรักษาผู้ป่วยแพ้รุนแรงให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ต่อไป

ข้อจำกัดในงานวิจัย

ตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือข้อมูลย้อนหลังในช่วงระยะเวลา หนึ่งอาจไม่ได้เป็นตัวแทนประชากรของจังหวัดชัชภูมิและข้อมูลที่ ได้ยังไม่ครบถ้วนในบางหัวข้อ การทำวิจัยครั้งถัดไปอาจทำการเก็บ ข้อมูลเพิ่มเติม อาทิเช่น ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการ รักษาด้วยยา epinephrine, corticosteroid และควรจัดเก็บ ข้อมูลเมื่อมีการวินิจฉัยผู้ป่วยแพ้รุนแรงเพื่อเป็นประโยชน์ในการ วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. Poachanukoon O., Paopairochanakorn C. Incidence of Anaphylaxis in the Emergency Department: A 1-Year Study in a University Hospital. Asian Pac J Allergy Immunol. 2006; 24:111-6.
4. Athamaica Ruiz Oropezac, Annmarie Lassen, Susanne Halken, et al. Anaphylaxis in an emergency care setting: a one year prospective study in children and adults. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2017; 25:111

5. Susan D. Dibs, M. Douglas Baker. Anaphylaxis in children: A 5-Year Experience. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/99/1/e7.full.pdf>
6. Nicole B. Ramsey, Danielle Guffey, Katherine Anagnostou, et al. Epidemiology of Anaphylaxis in Critically ill children in the United States and Canada. *J allergy clin immunol pract.* 2019; 1-9.
7. Jirapongsananuruk O, Bunsawansong W, Piyaphanee N, et al. Features of patients with anaphylaxis admitted to university hospital. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007; 98:157-62.
8. Yichao Wang, Katrina J. Allen, Noor H.A. Suaini, et al. The global incidence and prevalence of anaphylaxis in children in the general population: A systematic review. *Allergy.* 2019; 74:1063-80.
9. Yang MS, Lee SH, Kim TW, Kwon JW, Le SM, KIM SH, et al. Epidemiologic and clinical features of anaphylaxis in Korea. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008; 100:31-6.
10. Yuttana Kowjiriyapan. Clinical features of anaphylaxis in the emergency medicine department of Chiangrai prachanukroh hospital. *Chiangrai medical journal.* 2017; 9:29-39.
11. Young-Min Ye, Mi Kyeong Kim, Hye-Ryun Kang, Tae-Bum Kim, et al. Predictors of the severity and serious outcomes of anaphylaxis in Korean adults: A multicenter retrospective case study. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2015 Jan; 7:22-9.
12. Phreawa Thatpeht, Kamonwon lenghong, Dhanu Gaysonsiri, et al. Anaphylaxis in emergency room srinagarind hospital: A 5-years Retrospective study. *Srinagarind Med J.* 2017; 32:534-41.
13. Piromrat K, Chinratanapisit S, Trathong S. Anaphylaxis in an emergency department: a 2-year study in a tertiary-care hospital. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2008; 26:121-8.
14. Kari Bohlke, Robert L. Davis, Frank DeStefano, S. Michael Marcy, et al. Epidemiology of anaphylaxis among children and adolescents enrolled in a health maintenance organization. *J Allergy Clin Immunol.* 2004; 113:536-42.
15. Lee JM, Greenes DS. Biphasic anaphylactic reactions in pediatrics. *Pediatrics.* 2000; 106:762-6.
16. Lee S, Peterson A, Lohse CM, et al. Further Evaluation of Factors That May Predict Biphasic Reactions in Emergency Department Anaphylaxis Patients. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017; 5:1295-1301.
17. Lee S, Bellolio MF, Hess EP, Campbell RL. Predictors of biphasic reactions in the emergency department for patients with anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2014; 2:281-7.
18. Karen S. Farbman, Kenneth A. Michelson. Anaphylaxis in children. *Curr Opin Pediatr.* 2016; 28:294-7.