

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด เขตสุขภาพที่ 10 พ.ศ. 2563 - 2568

The Study of factors associated with Fatalities among patients from Mushroom poisoning in Health region 10, Thailand, 2020 – 2025

ชัยนันต์ บุตรกาล*, สัรวาย ศรศรี

Chainan Bootkan*, Sumruay Sonsri

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10th Ubonratchathani

*Correspondence to: chainanbutkan@gmail.com

Received: Apr 8, 2026 | Revised: Jul 21, 2026 | Accepted: Jul 27, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด ระหว่างปี พ.ศ.2563 - 2568 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด ที่เกิดเหตุการณ์ระบาดในพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าได้ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 111 ราย รวบรวมข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์แบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังและโรคร่วม $OR_{adj}=20.86$ (95%CI=2.73-159.37, P-value=0.003) การกินเห็ดป่าในฤดูฝน $OR_{adj}=10.95$ (95%CI=1.12-107.26, P-value=0.040) ระยะเวลาแสดงอาการตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป $OR_{adj}=8.66$ (95%CI =2.42-31.00, P-value=0.001) การดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ $OR_{adj}=6.12$ (95%CI=1.20-31.29, P-value=0.030) ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป $OR_{adj}=3.43$ (95%CI=1.02-11.53, P-value=0.047) และการดูแลผู้ป่วยแรกได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน $OR_{adj}=24.80$ (95%CI=1.71-360.34, P-value=0.019) ส่วนแหล่งที่มาของเห็ดที่บริโภคไม่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและมาตรการเชิงป้องกันในพื้นที่เกิดการระบาด การสนับสนุนสื่อสารความเสี่ยงและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงต่อยอดงานวิจัย ด้านการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังโรคสำหรับเตือนภัยในพื้นที่ระบาดซ้ำซากและป้องกันการเสียชีวิตจากเห็ดพิษต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัย, การเสียชีวิต, โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to determine the factors associated with mortality among patients with mushroom poisoning in Health Region 10 between 2020 and 2025. Secondary data were retrieved from the event-based surveillance system reports. The study population comprised patients with mushroom poisoning involved in outbreak events across five provinces within Health Region 10. A sample of 111 patients who met the inclusion criteria was selected. Data were analyzed using descriptive statistics, and univariate and multivariable logistic regression analyses were conducted to evaluate the associations. Results: Factors statistically significantly associated with mortality included having chronic diseases or comorbidities ($OR_{adj}=20.86$, 95%CI=2.73–159.37, $p=0.003$), consuming wild mushrooms during the rainy season ($OR_{adj}=10.95$, 95%CI=1.12–107.26, $p=0.040$), symptom onset of 6 hours or longer after ingestion ($OR_{adj}=8.66$, 95%CI=2.42–31.00, $p=0.001$), drinking herbal water after developing symptoms ($OR_{adj}=6.12$, 95%CI=1.20–31.29, $p=0.030$), time to hospital presentation of 24 hours or longer ($OR_{adj}=3.43$, 95%CI=1.02–11.53, $p=0.047$), and receiving anti-emetic medication during initial care ($OR_{adj}=24.80$, 95%CI=1.71–360.34, $p=0.019$). Partly, the source of the consumed mushrooms showed no statistically significant association with mortality. These findings can be applied to enhance surveillance guidelines, high-risk screening, and preventive measures in outbreak areas. Furthermore, they support risk communication and health literacy enhancement among high-risk populations, as well as serve as a foundation for future research to develop a disease surveillance model for warning in endemic areas and to prevent future fatal cases.

Keywords: Factors, Fatalities, Mushroom poisoning

บทนำ

โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในพื้นที่ประชาชนที่นิยมบริโภคเห็ดป่าตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งมักเกิดความผิดพลาดในการจำแนกเห็ดพิษและเห็ดกินได้ ความผิดพลาดนี้ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง ตั้งแต่ภาวะร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง ตับถูกทำลาย กล้ามเนื้อสลาย ไปจนถึงขั้นเสียชีวิต ในระดับสากล ทวีปยุโรปมีรายงานผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดสูงสุดที่ประเทศ

รัสเซีย (ปีพ.ศ.2538-2550) เฉลี่ย 1,128 รายต่อปี เสียชีวิต 67 รายต่อปี รองลงมาคือยูเครน (ปีพ.ศ.2548-2557) เฉลี่ย 361 รายต่อปี เสียชีวิต 31 รายต่อปี ส่วนทวีปเอเชียพบสูงสุดที่อิหร่าน (ปีพ.ศ.2561) มีผู้ป่วย 1,247 ราย เสียชีวิต 19 ราย รองลงมาคือจีน (ปีพ.ศ.2547-2557) เฉลี่ย 337 รายต่อปี เสียชีวิต 72 รายต่อปี และญี่ปุ่น (ปีพ.ศ.2544-2553) เฉลี่ย 192 รายต่อปี เสียชีวิต 1 รายต่อปี⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์

สูงที่สุดระหว่างปีพ.ศ.2563-2568 โดยจัดเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในลำดับที่ 15-21 โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 4.08, 2.61, 3.01, 3.93, 4.81, 5.65 ตามลำดับ อัตราป่วยตาย (CFR) ร้อยละ 0.30, 0.06, 0.15, 0.43, 0.35, 0.27 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อเจาะลึกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่าทวีความรุนแรงจนติดอันดับโรคที่สำคัญใน 11 อันดับแรก โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่าภาพรวมประเทศอย่างชัดเจน คือ 51.48, 22.06, 27.21, 30.15, 34.98, 46.35 ตามลำดับ และมี CFR สูงกว่าภาพประเทศเช่นกันอยู่ที่ร้อยละ 0.34, 0.00, 0.24, 0.29, 0.44, 0.24 ตามลำดับ⁽²⁾

การเสียชีวิตของโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคร่วมที่มีปัญหาตับอักเสบเรื้อรังซึ่งพบค่า Total bilirubin ที่มีค่าตั้งแต่ 34.2 ไมโครโมลต่อลิตร เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเมื่อกินเห็ดที่มีพิษถึง 19.19 เท่าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคร่วมที่ไม่ปัญหาตับอักเสบเรื้อรัง⁽³⁾ การกินเห็ดป่าในฤดูฝน เกิดความหลากหลายทั้งเห็ดกินได้และเห็ดพิษที่เกิดขึ้นปะปนกันได้จากป่าในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะป่าเต็งรัง⁽⁴⁾ การได้รับพิษจากเห็ด มาจากการกินเห็ดป่าที่หาเก็บเองมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 5.42 เท่าของการกินเห็ดป่าที่ได้จากการซื้อ⁽⁵⁾ ระยะเวลาแสดงอาการ(Latent period) ตั้งแต่หลังกินเห็ดเริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป มีความเสี่ยงเสียชีวิต 3.53 เท่าของผู้ป่วยหลังกินเห็ดพิษเริ่มมีอาการป่วยต่ำกว่า 6 ชั่วโมง⁽⁵⁾ และการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเกิน 1 วันขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มักเกิดตับวายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุเสียชีวิต⁽⁶⁾ นอกจากนี้การปฐมพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม อาทิ ดื่มน้ำสมุนไพรร

ความล่าช้าในการไปสถานพยาบาล⁽⁷⁾ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเมื่อแรกรับที่ให้ประวัติกินเห็ดพิษกับเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ชัดเจน ส่งผลให้รักษาได้เหมาะสม⁽⁸⁾

จากปัญหาและปัจจัยที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นการศึกษาในระดับประเทศและจำเพาะในบางจังหวัด ยังไม่เห็นปัญหาที่สะท้อนถึงบริบทในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งมีกลุ่มเฉพาะในท้องถิ่นที่มีพฤติกรรมนิยมกินเห็ดป่า ซึ่งประสบปัญหาเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงมาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้น จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่เป็นอิทธิพลต่อความจำเพาะของปัญหาที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาที่ได้เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการเชิงรุกในเชิงป้องกันและควบคุมโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด ในพื้นที่ 5 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2568

สมมติฐานการวิจัย

การมีโรคประจำตัวและโรคร่วม การกินเห็ดป่าในฤดูฝน การได้รับพิษจากเห็ด ระยะเวลาแสดงอาการ ระยะเวลาเข้าถึงการรักษานในโรงพยาบาล การดื่มน้ำสมุนไพรรหลังมีอาการ และปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยระยะแรกรับไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2563 - 2568

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ของเหตุการณ์เกิดโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event Base surveillance: EBS) ในพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างปีพ.ศ. 2563-2568 ระยะเวลาที่ศึกษา 6 ปีของกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด ที่เกิดเหตุการณ์ระบาด ในพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างปี พ.ศ.2563 - 2568 จำนวน 115 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 111 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกจากประชากรทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเข้าจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ระบาดในพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2568 2) มีข้อมูลผู้ป่วยที่มีการบันทึกในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในฐานข้อมูลทุติยภูมิอย่างครบถ้วน 3) มีรายละเอียดข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการกินเห็ดป่าที่ชัดเจนในการนำมาใช้วิเคราะห์ได้ และ 4) มีสถานะการรักษาจากโรงพยาบาลที่ชัดเจน อาชีวะเสียชีวิต ยังรักษาอยู่ และหายจากโรค

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสำคัญในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ขาดความครบถ้วน 2) ตรวจสอบเหตุการณ์การระบาด พบว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ไม่เกี่ยวข้องกับการกินเห็ดป่า และ

3) ไม่สามารถระบุสถานะการเสียชีวิตได้

เครื่องมือในการวิจัย ได้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (EBS) ของกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) กรมควบคุมโรค ระหว่างปี พ.ศ.2563-2568 โดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และรายงานเหตุการณ์ระบาด รวมถึงรายงานสอบสวนโรค แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกและปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ โรคเรื้อรังและโรคร่วม ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินเห็ดป่า กินเห็ดป่าช่วงฤดูฝน การได้รับพิษจากเห็ด ระยะเวลาแสดงอาการ การดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ ระยะเวลาเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะแรกไม่เหมาะสม ผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันการกินเห็ดพิษ และการเสียชีวิต

การเข้าถึงข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือเรียนผู้บริหารหน่วยงานขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล EBS

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจาก EBS ด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด แล้วเรียบเรียงข้อมูลลงในทะเบียนผู้ป่วยที่ได้จัดทำขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

2.1) คัดลอกข้อมูลจากแบบบันทึกลงในทะเบียนผู้ป่วยให้ครบถ้วน จัดเก็บข้อมูลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ได้ป้องกันและจำกัดสิทธิ์ให้เข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยและผู้ได้รับอนุญาตจากผู้วิจัยเท่านั้น ซึ่งตระหนักถึงความปลอดภัย รักษาความลับและป้องกันการสูญหาย ตามหลักจริยธรรมการวิจัย

2.2) ตรวจสอบคุณภาพ ความสมบูรณ์ของข้อมูลในทีละตัวแปร ทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เมื่อตรวจพบข้อมูลที่ขาดหายไป ขำซ้อน ไม่ระบุ

ไม่มีความหมาย จะทำการแก้ไขให้เป็นข้อมูลแบบสูญหายในทะเบียน ต่อมาได้จัดทำโครงสร้างข้อมูลด้วยการกำหนดรหัสตัวแปรให้เป็นตัวเลขสำหรับใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

2.3) ตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแปรให้ถูกต้องตามนิยามศัพท์จากนิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย⁽⁹⁾ และตรวจสอบข้อมูลที่ผิดปกติและทวนสอบข้อมูลที่เกิดความขัดแย้งกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลที่รายงาน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปรแบบ Binary logistic regression นำเสนอ Crude odd ratio (OR_{crude}) คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} \leq 0.25$ นำเข้าวิเคราะห์โมเดลแบบหลายตัวแปรด้วย Multiple logistic regression นำเสนอค่า Adjust OR (OR_{adj}) 95%CI of OR_{adj} และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลและข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ดังนี้

1) ตรวจสอบอคติในการวิจัย พบมีค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อน (residuals) เท่ากับ 0

2) ตรวจสอบ multicollinearity พบค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.02–1.25 และค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.80–0.98 ซึ่งบ่งชี้ว่า ไม่มีสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระในโมเดล ในแต่ละตัวแปรแยกจากกันชัดเจน

3) ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.05$)

4) ตรวจสอบ Interaction ของตัวแปรต้น พบว่า โรคประจำตัวหรือโรคร่วมไม่เกิด Interaction กับตัวแปรอิสระอื่นๆ ในการวิเคราะห์โมเดลแบบหลายตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.66 มีอายุเฉลี่ย 52 ปี (S.D.=16) ส่วนมากอายุ 20 - 59 ร้อยละ 60.36 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.24 ไม่มีโรคเรื้อรังและโรคร่วม ร้อยละ 90.99 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า กินเห็ดป่าในช่วงฤดูฝน ร้อยละ 68.47 พบบางส่วนดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินเห็ดป่า ร้อยละ 8.11 แหล่งที่มาของเห็ดที่บริโภค ส่วนมากหาเห็ดกินเอง ร้อยละ 73.87 ด้านการเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาแสดงอาการต่ำกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 72.07 พบบางส่วนดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ ร้อยละ 10.81 ส่วนมากระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่า 24 ชั่วโมง พบบางส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะแรกไม่เหมาะสม โดยได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 3.60 และพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดเสียชีวิต ร้อยละ 26.13 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผลตรวจยืนยันพบเห็ดพิษ ส่วนมากเชื่อมโยงผู้ป่วยที่กินเห็ดพิษ *Russula subnigricans* ร้อยละ 30.00 และกินเห็ดพิษ *Inosperma sp.* ร้อยละ 30.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด เขตสุขภาพที่ 10
พ.ศ. 2563-2568 (n=111)

		ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป	เพศ	ชาย	47	42.34
		หญิง	64	57.66
	อายุ (ปี)	ไม่เกิน 19 ปี	7	6.31
		20 - 59 ปี	67	60.36
		60 ปีขึ้นไป	37	33.33
		ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	52 (16)	
	อาชีพ	เกษตรกร	48	43.24
		รับจ้าง	10	9.01
		นักเรียน	6	5.41
		อื่นๆ	47	42.34
	โรคเรื้อรังและโรคร่วม	ไม่มี	101	90.99
		มี	10	9.01
พฤติกรรมเสี่ยง	กินเห็ดป่าช่วงฤดูฝน	กิน	76	68.47
		ไม่กิน	35	31.53
	ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินเห็ดป่า	ดื่ม	9	8.11
		ไม่ดื่ม	102	91.89
	แหล่งที่มาของเห็ดที่บริโภค	หาเห็ดกินเอง	82	73.87
		กินเห็ดจากคนอื่น	29	26.13
	ระยะเวลาแสดงอาการ (Latent period)	ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง	80	72.07
		ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป	31	27.93

	ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ			
	ดื่ม	12	10.81
	ไม่ดื่ม	99	89.19
ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล			
	ต่ำกว่า 24 ชั่วโมง	75	67.57
	ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป	36	32.43
การดูแลผู้ป่วยระยะแรกรับไม่เหมาะสม			
	ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน	4	3.60
	ไม่ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน	107	96.40
การเสียชีวิต			
	เสียชีวิต	29	26.13
	ไม่เสียชีวิต	82	73.87
ผลการตรวจทาง	ผลตรวจยืนยันพบเห็ดพิษ (n=30)		
ห้องปฏิบัติการ	กินเห็ด <i>Russula subnigricans</i>	9	30.00
	กินเห็ด <i>Inosperma sp.</i>	9	30.00
	กินเห็ด <i>Amanita brunneitoxicaria</i>	5	16.67
	กินเห็ด <i>Amanita Exitialis</i>	4	13.33
	กินเห็ด <i>Cotharocybe virosa</i>	3	10.00

ผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด เป็นการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพร้อมกันด้วย Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ ได้แก่ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังและโรคร่วม มีโอกาสเสี่ยงเป็น 20.86 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรังและโรคร่วม ($OR_{adj} = 20.86$; 95%CI: 2.73–159.37) ผู้ที่กินเห็ดป่าในฤดูฝน มีโอกาสเสี่ยงเป็น 10.95 เท่าของผู้ที่ไม่กินเห็ดป่าในฤดูฝน ($OR_{adj} = 10.95$; 95%CI: 1.12–107.26) ผู้ที่แสดงอาการป่วยตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาส

เสี่ยงเป็น 8.66 เท่าของผู้ที่แสดงอาการป่วยต่ำกว่า 6 ชั่วโมง ($OR_{adj} = 8.66$; 95%CI: 2.42–31.00) ผู้ที่ดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ มีโอกาสเสี่ยงเป็น 6.12 ของผู้ที่ไม่ดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ ($OR_{adj} = 6.12$; 95%CI: 1.20–31.29) ผู้ที่เข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็น 3.43 เท่าของผู้ที่เข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่า 24 ชั่วโมง ($OR_{adj} = 3.43$; 95%CI: 1.02–11.53) และการดูแลผู้ป่วยระยะแรกรับไม่เหมาะสมที่ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน มีโอกาสเสี่ยงเป็น 24.80 เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ($OR_{adj} = 24.80$; 95%CI: 1.71–360.34) ในส่วนปัจจัยแหล่งที่มาของ

เห็ดที่บริโภค ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต อย่าง คนอื่น มีโอกาสเสี่ยงไม่ต่างกัน ($OR_{adj}=1.12$; 95%CI: 0.31–4.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด (n=111)

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด				OR _{crude}	OR _{adj}	95%CI of OR _{adj}	P-value
	เสียชีวิต n=29		ไม่เสียชีวิต n=82					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
โรคเรื้อรังและโรคร่วม								
มี	7	70.00	3	30.00	8.379	20.856	2.73-159.37	0.003*
ไม่มี	22	21.78	79	78.22				
กินเห็ดป่าในฤดูฝน								
กิน	28	36.84	48	63.16	19.833	10.951	1.12-107.26	0.040*
ไม่กิน	1	2.86	34	97.14				
แหล่งที่มาของเห็ดที่บริโภค								
หาเห็ดกินเอง	17	20.73	65	79.27				
กินเห็ดจากคนอื่น	12	41.38	17	58.62	2.699	1.12	0.31-4.00	0.861
ระยะเวลาแสดงอาการ (Latent period)								
ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป	16	51.61	15	48.39	5.497	8.661	2.42-31.00	0.001*
ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง	13	16.25	67	83.75				
การดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ								
ดื่ม	5	41.67	7	58.33	4.9	6.118	1.20-31.29	0.030*
ไม่ดื่ม	22	22.22	77	77.78				
ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล								
ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป	18	50.00	18	50.00	5.818	3.426	1.02-11.53	0.047*
ต่ำกว่า 24 ชั่วโมง	11	14.67	64	85.33				
การดูแลผู้ป่วยระยะแรกไม่เหมาะสม								
ได้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน	3	75.00	1	25.00	9.346	24.795	1.71-360.34	0.019*
ไม่ได้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน	26	24.30	81	75.70				

* หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ จากเห็ดในพื้นที่ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 26.13 ได้สะท้อนถึงปัญหา

ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ดังนี้ ความรุนแรงของสารพิษจาก เห็ดป่า พฤติกรรมการมาโรงพยาบาลล่าช้า ความไวของการตรวจจับโรคได้เฉพาะผู้ป่วยอาการรุนแรงและ

เสียชีวิต มีข้อจำกัดการคัดกรองและดูแลรักษาเมื่อแรกรับ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังและโรคร่วม ผู้ที่แสดงอาการป่วยตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ผู้ที่ดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ ผู้ที่เข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป การดูแลผู้ป่วยระยะแรกไม่เหมาะสมที่ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ประเด็นการมีโรคเรื้อรังและโรคร่วม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงเป็น 20.86 เท่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังหรือโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 70.00 สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังและโรคร่วม (ร้อยละ 21.78) โดยบริบทที่ได้ศึกษาพบผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีโรคเรื้อรังส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.14 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.57 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ที่ระบบเมแทบอลิซึมผิดปกติ ภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่อง หลอดเลือดเสื่อม การทำงานของตับและไตลดลง เมื่อได้รับสารพิษจากเห็ดเข้าสู่ร่างกายส่งผลให้ตับวายและไตวายเฉียบพลัน ได้รวดเร็วกว่าคนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้กล่าวว่าภาวะโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้พยากรณ์ความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคตับหรือโรคไต เมื่อได้รับพิษจากเห็ดจะส่งผลให้เกิดอวัยวะล้มเหลวและรุนแรงมากกว่าปกติ⁽³⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานที่ระบุถึงกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวอาจมีความสามารถในการจัดการสารพิษลดลงกว่าบุคคลไม่มีโรคประจำตัว⁽¹⁾

การบริโภคเห็ดป่าในช่วงฤดูฝน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต เนื่องจากในช่วงฤดูฝนมีเห็ดหลากหลายในป่า ทั้งเห็ดกินได้และเห็ดพิษซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน ทำให้ประชาชนเข้าใจผิดพลาดในการเลือกเห็ดมาปรุงอาหาร จึงเป็นการเพิ่มโอกาสได้รับพิษจากเห็ด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย

จำนวนหนึ่งมีพฤติกรรมนำเห็ดป่าตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปมาปรุงอาหารรวมกันในลักษณะแกงเห็ดรวม จึงอาจเพิ่มโอกาสได้รับเห็ดพิษปะปนโดยไม่ทราบชนิด อีกทั้งเห็ดบางชนิดยังทนต่อความร้อน แม้ผ่านการปรุงสุกแล้วแต่ยังก่อให้เกิดพิษได้ โดยบริบทที่ได้วิเคราะห์ผู้ป่วย 30 ราย มีผลตรวจยืนยันพบเห็ดพิษ พบเชื่อมโยงกับผู้เสียชีวิต 8 ราย ส่วนมากกินเห็ด *Russula subnigricans* 3 ราย รองลงมากินเห็ด *Amanita Exitialis* 2 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยไม่เสียชีวิต 22 ราย ส่วนมากกินเห็ด *Inosperma sp.* 8 ราย รองลงมากินเห็ด *Russula subnigricans* 6 ราย ตามลำดับ ชนิดเห็ดที่กลุ่มผู้เสียชีวิตกิน มีพิษรุนแรงทำลายเซลล์ตับและไตเฉียบพลัน รวมถึงทำลายเซลล์กล้ามเนื้อให้สลาย ซึ่งแตกต่างกับชนิดเห็ดที่กลุ่มผู้ไม่เสียชีวิตกิน ส่วนมากเป็นพิษที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท และไม่มีฤทธิ์ทำลายอวัยวะภายใน ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับข้อมูลที่อธิบายทางพิษวิทยาที่ระบุว่า ถึงในช่วงฤดูฝนจะมีความหลากหลายทางชีวภาพของเห็ดป่าเกิดขึ้นหลากหลาย โดยเฉพาะเห็ดถ่านเลือด เห็ดระงาก เห็ดหมวกจีน ซึ่งเป็นเห็ดที่มีพิษ แต่มีลักษณะใกล้เคียงกับเห็ดที่กินได้ ทำให้ผู้ที่นำเห็ดมากินเกิดความผิดพลาดเลือกเห็ดที่มีพิษมาบริโภค และในช่วงฤดูฝนยังพบปริมาณสารพิษในเห็ดป่าที่มีความเข้มข้นสูงด้วยสภาพอากาศที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของเห็ดพิษจึงทำให้ชาวบ้านหรือผู้ป่วยนำเห็ดมาบริโภคจนเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้⁽⁴⁾

สำหรับระยะเวลาแสดงอาการ พบว่า ผู้ป่วยหลังกินเห็ดพิษระยะเวลาแสดงอาการตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ถึง 8.66 เท่า ในการศึกษาพบว่า พยาธิสภาพของโรคเข้าได้กับการกินเห็ดพิษกลุ่ม Amatoxins ที่มีระยะแฝงยาวนาน สารพิษทำให้ตับและไตเข้าสู่ภาวะล้มเหลวเฉียบพลันก่อนเริ่มป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยนั่งนอนใจ เข้าถึงการรักษาล่าช้า

โดยบริบทที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ส่วนมากกินเห็ดพิษกลุ่ม amatoxins ร้อยละ 50.00 รองลงมากินเห็ดพิษกลุ่ม neurotoxic ร้อยละ 25.00 และกินเห็ดพิษกลุ่มที่สร้างสารพิษ coprine เกิดเป็นพิษเมื่อผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.00⁽¹⁰⁾ สอดคล้องในคู่มือเห็ดพิษ ที่ได้ระบุถึงเห็ดพิษกลุ่มที่อันตรายที่สุดคือ amatoxins หลังกินเห็ดพิษมักแสดงอาการช้า และเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง เนื่องจากสะท้อนถึงสารพิษสามารถดูดซึมและทำลายในเซลล์ตับได้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการป่วยที่ระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาเบื้องต้นอาจล่าช้าและมีประสิทธิภาพลดลง⁽⁷⁾

การดื่มน้ำสมุนไพรหลังมีอาการ พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มน้ำสมุนไพรเพื่อล้างพิษด้วยความเชื่อส่วนบุคคลมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มน้ำสมุนไพรซึ่งบริบทในพื้นที่ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ดื่มน้ำรางจืดและยาสมุนไพรอบเชย ในเชิงพิษวิทยาการดื่มน้ำสมุนไพรหลังได้รับพิษไม่ได้ช่วยเร่งการขับพิษที่ถูกวิธี แต่กลับทำให้สารพิษกลุ่มที่ทำลายเซลล์ตับและไต ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และในระบบทางเดินอาหารอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดว่าได้รับการถอนพิษแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาในมณฑลยูนนาน ประเทศจีน ที่ระบุว่าพฤติกรรมการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการเข้าสู่การล้างพิษทางการแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ บดบังอาการป่วย ส่งผลให้อวัยวะภายในถูกทำลาย ร่างกายยากต่อการกำจัดพิษได้⁽⁵⁾

ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาเร็วกว่า 24 ชั่วโมง โดยผู้เสียชีวิตพบระยะเวลาเข้าถึงระบบรักษาล่าช้าอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสได้รับ

ผง่านดูดซับพิษ หรือการล้างท้อง สอดคล้องกับงานวิจัยในเมืองกวางโจว ประเทศจีน ที่พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงระบบรักษาล่าช้าส่งผลให้สารพิษจากเห็ดเข้าสู่กระแสเลือด ในระบบไหลเวียนเลือด ผ่านลำไส้ ตับ และไต สารพิษจึงจับเกาะกับเซลล์เป้าหมายโดยสมบูรณ์ ทำให้การดูแลรักษาเพื่อประคองพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ เกิดความยุ่งยากและมีประสิทธิภาพลดลง⁽⁶⁾

การดูแลผู้ป่วยระยะแรกยังไม่เหมาะสม พบว่าการดูแลรักษาแรกเริ่มที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงที่สุด โดยบริบทพบว่าผู้เสียชีวิตทั้งกลุ่มผู้ใหญ่และเด็กส่วนมากได้รับยาฉีดเมโทโคลพราไมด์ เนื่องจากผู้ป่วยหรือญาติให้ประวัติการเจ็บป่วยไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการบริโภคเห็ดป่า และไม่ได้นำตัวอย่างเห็ดมาแสดง ส่งผลให้สถานพยาบาลแรกเริ่มวินิจฉัยและดูแลรักษาแบบโรคระบบทางเดินอาหารทั่วไป สอดคล้องกับแนวทางของศูนย์พิษวิทยาที่เน้นย้ำว่า การคัดกรองจำแนกโรคที่ถูกต้องจากการซักประวัติอย่างถี่ถ้วนเป็นสิ่งสำคัญต่อการกำจัดพิษ⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับคู่มือเห็ดพิษที่ไม่แนะนำให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนในช่วงแรกของการกำจัดพิษ⁽⁷⁾ เนื่องจากยากลุ่มนี้จะไปยับยั้งกลไกการอาเจียนตามธรรมชาติของร่างกาย ส่งผลให้สารพิษจากเห็ดตกค้างในร่างกาย⁽¹¹⁾ ซ้ำร้ายยังปกปิดอาการสำคัญทางคลินิก ทำให้ทีมดูแลรักษาประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริงและส่งต่อผู้ป่วยในภาวะวิกฤตล่าช้าจนนำไปสู่การเสียชีวิต

สำหรับปัจจัยด้านแหล่งที่มาของเห็ดที่บริโภคในการศึกษานี้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.861) โดยผู้ป่วยที่หาเห็ดกินเองเสียชีวิต ร้อยละ 20.73 ในขณะที่กินเห็ดจากคนอื่น มีอัตราการเสียชีวิตที่ร้อยละ 41.38 ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยบริบทที่ได้ศึกษาปัญหาการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด มีพื้นที่การระบาดในวงกว้างที่กลุ่มเสี่ยงได้เห็ดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติจากป่าต่างๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มาบริโภค ซึ่งมีกลุ่มเสี่ยง 2 กลุ่มหลัก คือ ผู้ไปหาเห็ดจากป่ามากิน และผู้ที่นิยมกินเห็ดที่ได้จากคนอื่นหามา ซึ่งถึงการขาดประสบการณ์ของประชาชน ในการคัดแยกเห็ดพิษก่อนนำมาปรุงอาหารในระดับชุมชนจึงทำให้ 2 กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสได้รับพิษจากเห็ดได้เหมือนกัน สอดคล้องงานวิจัยได้ระบุพิษโปรโตทาสซึมจากเห็ดป่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยเป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยระบุเห็ดพิษบางชนิดผิดพลาดซึ่งพบมีความใกล้เคียงกับเห็ดที่เคยได้รู้จักและเคยกิน⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล EBS ไม่มีข้อมูลผลชันสูตรผู้ป่วยที่โรงพยาบาลที่แสดงค่าผิดปกติต่างๆ ที่ครบถ้วนได้ การไม่มีข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ แรงจูงใจ ความรู้ และทัศนคติในการกินเห็ดป่า ประสบการณ์คัดแยกเห็ดพิษ รวมถึงแม้บางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่พบ 95%CI ของค่าประมาณค่อนข้างกว้าง เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละกลุ่มตัวแปรย่อยค่อนข้างน้อย ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนของค่าประมาณในโมเดลแบบหลายตัวแปร นอกจากนี้ผลการศึกษายังสะท้อนเฉพาะสถานการณ์ภาพเขตสุขภาพที่ 10 ควรใช้ผลลัพธ์อย่างระมัดระวังเมื่อนำไปอ้างอิงกับพื้นที่เขตสุขภาพอื่น เนื่องจากมีความแตกต่างในความหลากหลายของเห็ดป่าในระบบนิเวศ พฤติกรรมการบริโภคในท้องถิ่น และบริบทระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1) การพัฒนาแนวทางการคัดกรอง โดยนำปัจจัยเสี่ยง อาทิ การใช้ประวัติการกินเห็ดป่า ร่วมกับ

ภาวะโรคเรื้อรัง และระยะแฝงก่อนแสดงอาการ ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป มาพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ณ จุดบริการ ของสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อช่วยให้ทีมดูแลรักษาจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว

2) เน้นสื่อสารความเสี่ยง การกินเห็ดป่าในฤดูฝน มีความเสี่ยงกินเห็ดพิษจากที่หาเก็บเองและรับมาจากผู้อื่น

3) การพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เป็นสื่อ Infographic VDO Clip Spot Radio มุ่งเน้นแจ้งเตือนภัยผ่านกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่ค้าขายเห็ด และหอกระจายข่าวในชุมชนช่วงฤดูฝน คือ ห้ามกินเห็ดป่าหากไม่มั่นใจ ห้ามใช้วิธีพื้นบ้านล้างพิษให้รับมาโรงพยาบาล ห้ามซื้อขายแก่คนไร้อาเจียนกินเอง ผู้มีโรคประจำตัวควรได้รับข้อแนะนำและวิธีป้องกันเพื่อสร้างความตระหนัก ให้หลีกเลี่ยงการบริโภคเห็ดป่า

4) การพัฒนาเครือข่ายการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในพื้นที่เสี่ยง และสนับสนุนงบฯให้ครอบคลุม

5) ส่งเสริมและพัฒนาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและดิจิทัล เช่น AI Chatbot เพื่อช่วยจำแนกภาพเห็ดพิษเบื้องต้น พร้อมทั้งแจ้งพิกัดสถานพยาบาลที่พร้อมรักษาผู้ป่วย (เวชภัณฑ์ยาและระบบส่งต่อ) ให้แก่ ประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) ควรจัดทำเครือข่ายฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านพิษวิทยา สันฐานวิทยาของเห็ดพิษ อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ อายุรแพทย์โรคไต แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับให้คำปรึกษาแก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรค ระบบส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว

2) ควรศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ แรงจูงใจ ความรู้ ทัศนคติและความเชื่อของประชาชนเกี่ยวกับการบริโภคเห็ดป่า รวมถึงการใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านหรือสมุนไพรหลังได้รับพิษ เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจรากของปัญหาเชิงพฤติกรรมเสี่ยงและสังคม

3) ควรพัฒนานวัตกรรมหรือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงที่เน้นการแก้ปัญหาและสื่อสารเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ระบาด เพื่อเพิ่มทักษะประชาชนให้สามารถคัดแยกเห็ดพิษได้เอง และสามารถตัดสินใจปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างถูกต้อง และรับนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันท่วงที

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี รองผู้อำนวยการฯ เป็นที่ปรึกษาและอนุญาตให้วิเคราะห์ข้อมูล EBS รวมถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10 และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Govorusko S, Rezaee R, Dumanov J, Tsatsakis A. Poisoning associated with the use of mushrooms: A review of the global pattern and main characteristics. Food and Chemical Toxicology 2019 June; (128):267-79.

2. กองระบาดวิทยา. ลำดับโรคที่พบบ่อยประจำสัปดาห์ (สำหรับเจ้าหน้าที่) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา; 2569. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. 1 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://ddssdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>
3. Yan Y, Ruifei S, Jinfang Xue, Xiran L, Deyuan N, Guobing C. Analysis of the clinical features and risk factors of death in patients with mushroom poisoning. Emergency and Critical Care Medicine 2023; 3(1):18-22.
4. Naksuwankul K, Saisong A, Sertsri O, Chotinate S, Supama T, Niyanan F, et al. Species Diversity of Wild Mushroom at Sai Thong National Park, Chaiyaphum Province. KKU Science Journal 2023; 51(3):294-305.
5. Jiang L, Luo M, Hao L. Epidemiological characteristics of mushroom poisoning in yunnan province, china, 2004-2016. Southeast Asian J Trop Med Health 2018; 49(3):509-15.
6. Zhang Y, Zhu H, Lao Z, Zhong L, Lin J, Wu X, et al. A Retrospective Analysis of 112 Mushroom Poisoning Patients-Guangzhou City, Guangdong Province, China, 2016-2023. China CDC Wkly 2025; 19(7): 665-71.
7. ปรีชาพล ปึ้งผลพล, ไอรินลดา วิศิษฐ์พรกุล, อีรพล ใจกล้า, สุภนุช บุญสุขมาก. คู่มือเห็ดพิษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค; 2566.
8. ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี. แนวทางดูแลรักษา Adult Mushroom ingestion [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- มหาวิทยาลัยมหิดล; 2569. [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2569]. 1 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/Adult%20Mushroom%20ingestion.pdf>
9. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แคนนา กราฟฟิค; 2563.
10. ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี. สารพิษจากเห็ด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2569. [เข้าถึงเมื่อ 8 เม.ย. 2569]. 7 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/pois-cov/mushroom>
11. องค์การเภสัชกรรม. เมโทโคลไพรเมด์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข; 2569. [เข้าถึงเมื่อ 8 เม.ย. 2569]. 2 หน้า. เข้าถึงได้จาก: https://ndi.fda.moph.go.th/uploads/drug_detail_corporation/doc/word/1177/76c7c4161fddfb9967d8bc98d39aa7aa-a1.pdf
12. Tawatsin A, Parnmen S, Thavara U, Siriyasatien P, Kongtip P. Mushroom Poisoning in Thailand: Incidence and Intoxication to Human Health. European Society of Medicine 2018; 6(9):1847.