

# อาการและอาการแสดงของการแพ้ชนิดรุนแรงในผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

แพทย์หญิงวิจิตรา ครอบตระกูลชัย, แพทย์หญิงชมพูนุช ขจิตพรวัตติ  
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

## บทคัดย่อ

**บทนำ** การแพ้ชนิดรุนแรงเป็นการแพ้ที่เกิดฉับพลันและสามารถเกิดอาการได้หลายระบบ บางครั้งอาจมีความรุนแรงจนเสียชีวิต ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การศึกษาการแพ้ชนิดรุนแรงยังมีน้อยในโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นการแพ้ชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2559 โดยใช้ ICD-10

**ผลการศึกษา** จากการศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 7 ปี มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงทั้งหมด 95 ราย (เข้ารับการรักษา 97 ครั้ง) คิดเป็น 2.56 (1.35-4.83) รายต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1000 ครั้ง ผู้ป่วยทุกรายมีอาการทางระบบผิวหนัง มีอาการระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 72 ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 51 และระบบไหลเวียนโลหิต ร้อยละ 37 สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงเกิดจากแมลง/สัตว์กัด/ต่อยมากที่สุด ร้อยละ 45 สาเหตุจากอาหาร ร้อยละ 30 ยา ร้อยละ 12 ผลิตภัณฑ์จากเลือดร้อยละ 3 และไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 10 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านฮิสตามีน และอะดรีนาลีนฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ร้อยละ 99 และ 89 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นการแพ้ที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล มีการแพ้ชนิดรุนแรงเกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 12 และการศึกษาไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการแพ้ชนิดรุนแรง มีการให้ยาอะดรีนาลีนกลับบ้านและสอนวิธีใช้ยาเพียง ร้อยละ 42

**สรุปผล** ไม่พบอุบัติการณ์ของการแพ้ชนิดรุนแรงสูงขึ้น การซักประวัติอย่างละเอียดจะสามารถบอกสาเหตุได้แต่ยังมีการให้ยาอะดรีนาลีนกลับบ้านไม่มากนัก

**คำสำคัญ** การแพ้ชนิดรุนแรง ยาอะดรีนาลีน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก

## บทนำ

การแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis) เป็นปฏิกิริยาการแพ้ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงหลังสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ตั้งแต่नाที่ถึงชั่วโมง ซึ่งมีอาการและอาการแสดงได้หลายระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร บางครั้งอาจอันตรายถึงเสียชีวิตได้<sup>1-2</sup>

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรง 42 ราย ต่อ 1 แสนประชากรต่อปี<sup>3</sup> และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในประเทศทางยุโรป<sup>4</sup> เช่นเดียวกับประเทศทางเอเชียในประเทศไต้หวันพบอัตราการเกิดเพิ่มสูงขึ้นจาก 4.79 เป็น 8.2 รายต่อต่อ 1 แสนประชากรต่อปี<sup>5</sup> สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงเรียนแพทย์เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลก็พบแนวโน้มที่สูงขึ้น<sup>6,7</sup> ในผู้ป่วยเด็กพบการเกิดการแพ้รุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 2.7 เพิ่มขึ้นเป็น 4.51 ครั้งต่อการนอนโรงพยาบาล 1000 ครั้งในช่วงระยะเวลา 10 ปี จากการศึกษาของวาริรัตน์ และคณะ<sup>8</sup> ซึ่งในปัจจุบันข้อมูลการแพ้ชนิดรุนแรงในผู้ป่วยต่างจังหวัดยังมีน้อยและโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษา

รับต้นฉบับ 25 ตุลาคม 2566, ปรับปรุงต้นฉบับ 6 ธันวาคม 2566, ตอปรับต้นฉบับตีพิมพ์ 12 ธันวาคม 2566

ในหอผู้ป่วยในเฉลี่ย 5,300 คนต่อปี จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยนี้ เพื่อศึกษาอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรง และสาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงรวมทั้งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษแบบพรรณนาย้อนหลัง (retrospective study) โดยรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2559 โดยใช้ ICD-10

### เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ที่มีอายุ 1 เดือน - 15 ปี และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2559

- ICD-10: T78.0- anaphylactic shock due to adverse food reaction; T78.2- anaphylactic shock, unspecified; T78.3- angioneurotic edema, laryngeal edema, Quincke edema, urticaria-larynx; T80.5- anaphylactic shock due to serum; T88.6- anaphylactic shock due to adverse effect of correct drug of medicament properly administered; T63.2- venom of scorpion; T63.4- venom of other arthropods, insect bite or sting, venomous; T38.3- angioedema; L50.0- allergic urticaria; L50.9- urticaria, unspecified; J38.4- edema of larynx exclude laryngitis, croup; J46 and R11- asthma and vomiting; J46 and R55- wheezing and syncope; T38.3 and R11- angioedema and vomiting; T38.3 and R55- angioedema and syncope; R06.2 and T38.3- wheezing and angioedema; and J46 and T38.3- asthma and angioedema.

- มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงของ World Allergy Organisation

### เกณฑ์การวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis)<sup>1-2</sup>

โดยใช้อาการและอาการแสดงเมื่อมีอาการเข้าเกณฑ์ 1 ใน 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. อาการที่เกิดขึ้นฉับพลัน (ภายในเวลาเป็นนาที หรือไม่กี่ชั่วโมง) ของ “ระบบผิวหนัง หรือเยื่อบุ” ร่วมกับอาการอย่างน้อยอีก 1 อาการ ดังต่อไปนี้

1.1 อาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล เสียงแหบ หอบเหนื่อย หายใจมีเสียงหวีดจากหลอดลมที่ตีบตัน หรือระดับออกซิเจนในหลอดเลือดลดลง เป็นต้น

1.2 ความดันโลหิตลดลงหรือมีการล้มเหลวของระบบต่างๆ เช่น เป็นลม ปัสสาวะ อุจจาระราด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

2. มีอาการที่เกิดขึ้นฉับพลันมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ ดังต่อไปนี้ ในผู้ป่วยที่สัมผัสกับ “สารที่น่าจะก่อให้เกิดภูมิแพ้”

2.1 อาการทางระบบผิวหนัง หรือเยื่อบุ เช่น ลมพิษ คัน ผื่นแดง หรืออาการบวมของปาก ลิ้น เพดานอ่อน

2.2 อาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล เสียงแหบ หอบเหนื่อย หายใจมีเสียงหวีดจากหลอดลมที่ตีบตัน หรือสมรรถภาพปอดลดลง เช่น PEF ลดลง หรือระดับออกซิเจนในหลอดเลือดลดลง เป็นต้น

2.3 ความดันโลหิตลดลงหรือมีการล้มเหลวของระบบต่างๆ เช่น เป็นลม ปัสสาวะ อุจจาระราด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

2.4 มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

3. ความดันโลหิตลดลงเฉียบพลัน (เป็นนาทีหรือหลายชั่วโมง) หลังจากการสัมผัสกับ “สารที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นแพ้มาก่อน”

3.1 เด็ก: ความดัน systolic ที่ต่ำกว่าความดันปกติตามอายุ หรือลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ของความดัน systolic เดิม\*

3.2 ผู้ใหญ่: ความดัน systolic ที่น้อยกว่า 90 mmHg หรือความดัน systolic ที่ลดลงมากกว่า ร้อยละ 30 ของความดัน systolic เดิม

\*ความดัน systolic ที่ต่ำในเด็กคือ น้อยกว่า 70 mmHg

ในเด็กอายุ 1 เดือน - 1 ปี, น้อยกว่า 70 mmHg + (2\*อายุ(ปี)) ในเด็กอายุ 1-10 ปี, น้อยกว่า 90 mmHg ในเด็กอายุ 11-17 ปี

- ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
- ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาภายในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาความถี่ และร้อยละ

### ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่มีอายุในช่วง 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2559 รวมเป็นระยะเวลา 7 ปี พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 95 รายได้รับการวินิจฉัย

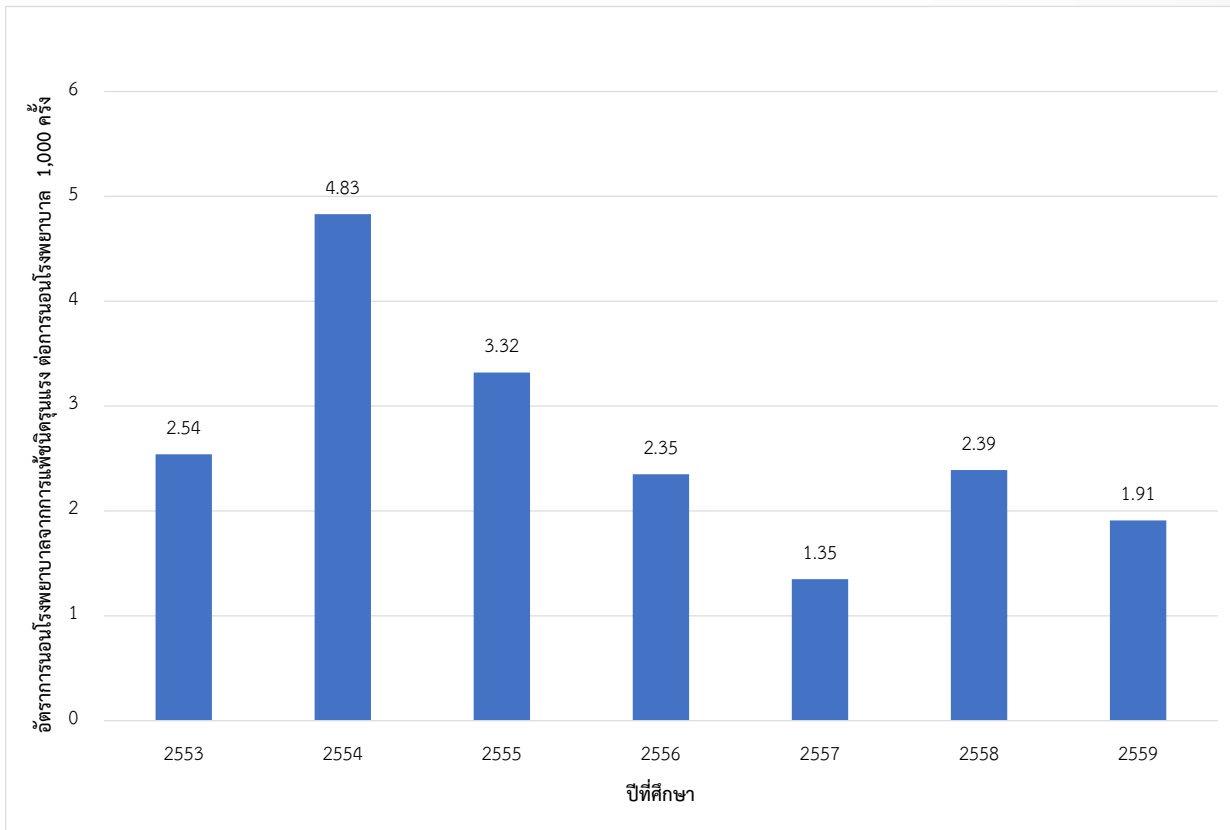
การแพ้ชนิดรุนแรง (ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 97 ครั้ง ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 2 รายมีการแพ้ชนิดรุนแรง 2 ครั้งในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา) ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในการศึกษานี้ และเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่มีอัตราการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 5,300 คนต่อปี จากการศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง 2.56 รายต่อการนอนโรงพยาบาล 1,000 ครั้ง และเมื่อเทียบอุบัติการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงในแต่ละปี ดังแสดงในภาพที่ 1

โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74 และเพศหญิง ร้อยละ 26 คิดเป็นสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1: 2.8 พบว่าค่ามัธยฐานของอายุ คือ 9.1 ปี อายุน้อยที่สุดในการศึกษานี้ คือ 0.8 ปี ดังตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของคนไข้ในการศึกษานี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรง ทั้งหมด 95 คน

		จำนวนผู้ป่วย (ทั้งหมด 95 คน)(ร้อยละ)
เพศ จำนวน (ร้อยละ)	ชาย	70 (ร้อยละ 74)
	หญิง	25 (ร้อยละ 26)
อายุ (ปี)	ค่ามัธยฐาน (ปี)	9.1 ปี (0.8-14.9 ปี)
ประวัติโรคภูมิแพ้		37 (ร้อยละ 39)
	ผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง	1
	แพ้อาหาร	23
	โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้	12
	โรคหืด	9
โรคประจำตัวอื่นๆ		12 (ร้อยละ 13)
เคยมีการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน		6 (ร้อยละ 6)

ภาพที่ 1 แสดงอุบัติการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แยกตามปีที่ศึกษา



อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงพบว่า อาการแสดงทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการระบบผิวหนัง คิดเป็นร้อยละ 100 และรองลงมา คือ อาการระบบทางเดินหายใจคิดเป็น ร้อยละ 72 ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 52 และระบบไหลเวียน-โลหิตร้อยละ 36 รายละเอียดของอาการและอาการแสดงดังตารางแสดงที่ 2 จากการศึกษาพบการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงซ้ำ (biphasic anaphylaxis) ในผู้ป่วย 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2 ของการเกิดภาวะแพ้

รุนแรงทั้งหมด โดยอาการที่เกิดขึ้นมีระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการที่เกิดขึ้นในครั้งแรก

สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ แมลงสัตว์กัด/ต่อย ร้อยละ 45 (ส่วนใหญ่เกิดจากผึ้งต่อย) รองลงมา คือ อาหาร ร้อยละ 29 (อาหารทะเล, แมลงทอด ตามลำดับ) ยา ร้อยละ 12 ผลิตภัณฑ์จากเลือด ร้อยละ 3 และไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน (idiopathic) ร้อยละ 10 จากการศึกษา นี้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงของการแพ้รุนแรง

อาการและอาการแสดง	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
<b>ระบบผิวหนัง</b>	<b>97 (ร้อยละ 100)</b>
- ผื่นลมพิษ	83
- Angioedema	55
- คันทั่วตัว	11
- ผิวแดง/หน้าแดง	10
- ชาทั้งตัว	1
<b>ระบบทางเดินหายใจ</b>	<b>70 (ร้อยละ 72)</b>
- หายใจหอบเหนื่อย	43
- หายใจเสียงหวีด	40
- เขียว	12
- ไอ	4
- หายใจเสียงฮืด (stridor) /กล่องเสียงบวม	3
- เยื่อจมูกอักเสบ	2
- เสียงแหบ	1
<b>ระบบทางเดินอาหาร</b>	<b>50 (ร้อยละ 52)</b>
- อาเจียน	31
- ปวดท้อง	25
- คลื่นไส้	16
- ถ่ายเหลว	5
<b>ระบบไหลเวียนโลหิต</b>	<b>35 (ร้อยละ 36)</b>
- ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ	31
- หน้ามืด	8
- หหมดสติ	7
<b>ระบบประสาท</b>	<b>1 (ร้อยละ 1)</b>
- ชัก	1

ตารางที่ 3 สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรง

		จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
แมลง/สัตว์กัด/ต่อย		44 (ร้อยละ 45)
	ผึ้ง	18 (ร้อยละ 19)
	ต่อ	11 (ร้อยละ 11)
	แตน	8 (ร้อยละ 8)
	แมลงกัด (ไม่ทราบชนิด)	5 (ร้อยละ 5)
	ตะขาบ	1 (ร้อยละ 1)
	พิษงูเขียวหางไหม้	1 (ร้อยละ 1)
อาหาร		28 (ร้อยละ 29)
- อาหารทะเล		16 (ร้อยละ 16)
	กุ้ง	11 (ร้อยละ 11)
	ปลาหมึก	2 (ร้อยละ 2)
	อาหารทะเล (ไม่ระบุชนิด)	3 (ร้อยละ 3)
- แมลงทอด		7 (ร้อยละ 7)
	ดักแด้ทอด	3 (ร้อยละ 3)
	จิ้งหรีดทอด	3 (ร้อยละ 3)
	ตั๊กแตนทอด	1 (ร้อยละ 1)
- อาหารอื่นๆ		5 (ร้อยละ 5)
	ไข่มดแดง	2 (ร้อยละ 2)
	นมวัว	1 (ร้อยละ 1)
	ปูนา	2 (ร้อยละ 2)
ยา		12 (ร้อยละ 12)
- เซรุ่มต้านพิษงู		3 (ร้อยละ 3)
- ยาปฏิชีวนะ		2 (ร้อยละ 2)
	Penicillin	1 (ร้อยละ 1)
	Meropenem	1 (ร้อยละ 1)
- วัคซีนภูมิแพ้		2 (ร้อยละ 2)
- ยาเคมีบำบัด		2 (ร้อยละ 2)
	L-asparaginase	2 (ร้อยละ 2)
- ยาอื่นๆ		3 (ร้อยละ 3)
	Ibuprofen	1 (ร้อยละ 1)
	Tiffany®	1 (ร้อยละ 1)
	สารทึบรังสี	1 (ร้อยละ 1)
ผลิตภัณฑ์จากเลือด		3 (ร้อยละ 3)
	พลาสมาสดแช่แข็ง	1 (ร้อยละ 1)
	เกล็ดเลือด	2 (ร้อยละ 2)
ไม่ทราบสาเหตุ		10 (ร้อยละ 10)

\*Tiffany® = ยาพาราเซตามอล 500 มก. + ยาแก้แพ้คลอร์เฟนิรามีน มาลีเอต 2 มก. และยาลดน้ำมูกฟีนิลเอเฟริน ไฮโดรคลอไรด์ 10 มก.

การรักษาที่ได้รับในผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พบว่ามีผู้ป่วยได้รับยาอะดรีนาลีน (adrenaline) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทั้งหมด 86 ครั้ง (ร้อยละ 89) ไม่พบการบริหารยาอะดรีนาลีนที่อื่น เช่น ใต้ผิวหนัง หรือฉีดเข้าหลอดเลือด และมีผู้ป่วยได้รับยาอะดรีนาลีนมากกว่า 1 ครั้ง

ร้อยละ 13 สำหรับการรักษาอื่นๆที่ได้รับ ผู้ป่วย ได้รับยาต้านฮีสตามีน-1 (H1-blocker) ยาต้านฮีสตามีน-2 (H2-blocker) ร้อยละ 99 และ 82 ตามลำดับ ได้รับ systemic steroid ร้อยละ 94 และการรักษาอื่นๆ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาอื่นๆแบบฉบับพลัน

การรักษา	จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ)
ยาอะดรีนาลีน (ADRENALINE)	86 (ร้อยละ 89)
ยาต้านฮีสตามีน-1 (H1-BLOCKER)	96 (ร้อยละ 99)
ยาต้านฮีสตามีน-2 (H2-BLOCKER)	82 (ร้อยละ 85)
สเตียรอยด์	91 (ร้อยละ 94)
HYDROCORTISONE	57 (ร้อยละ 63)
DEXAMETHASONE	26 (ร้อยละ 27)
METHYLPREDNISOLONE	2 (ร้อยละ 2)
PREDNISOLONE	6 (ร้อยละ 7)
ยาพ่นขยายหลอดลม (BETA2 AGONIST)	33 (ร้อยละ 34)
ออกซิเจน	28 (ร้อยละ 29)
การใส่ท่อช่วยหายใจ	7 (ร้อยละ 7)
สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว (FLUID RESUSCITATION) $\geq$ 10มล./กก./ชั่วโมง	27 (ร้อยละ 28) สารน้ำที่ได้รับมากที่สุด = 30 มล./กก.
ยากกระตุ้นความดันโลหิต	3 (ร้อยละ 3)

ในจำนวนการแพ้ชนิดรุนแรง 97 ครั้ง มี 12 ครั้ง (ร้อยละ 12) ที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีสาเหตุ ได้แก่ การได้รับเซรุ่มต้านพิษงู 3 ครั้ง, วัคซีนภูมิแพ้ 2 ครั้ง, ยาเคมีบำบัด L-asparaginase 2 ครั้ง, Meropenem 1 ครั้ง, พลาสมาสดแช่แข็ง 1 ครั้ง, เกล็ดเลือด 2 ครั้ง, สารทึบรังสี 1 ครั้ง

ระยะเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวนชั่วโมงน้อยกว่า 24 ชั่วโมง 39 ครั้ง (ร้อยละ 40), 24-72 ชั่วโมง 47 ครั้ง (ร้อยละ 49) และมากกว่า 72 ชั่วโมง 11 ครั้ง (ร้อยละ 11) พบคำมัยฐานของระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด คือ 29 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมีการให้อะดรีนาลีนเพื่อพกติดตัวไว้และสอนฉีดยา 41 ครั้ง (ร้อยละ 42) (เนื่องจากทางโรงพยาบาลทหารฯไม่มี auto-injection adrenaline จึงใช้วิธีการดูดยาอะดรีนาลีนไว้ในเข็มฉีดยา pre-filled-adrenaline ให้ผู้ป่วยเก็บไว้ในกล่องดินสอแทน)

มีการนัดมาติดตาม อาการ ร้อยละ 67 (65 ครั้ง) และมาติดตามอาการจริง 47 คนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

#### วิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่มีอายุในช่วง 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2559 รวมเป็นระยะเวลา 7 ปี พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 95 ราย (เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 97 ครั้ง) คิดเป็น 2.56 (1.35-4.83) ราย ต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1000 ครั้ง โกล้เคียงกับการศึกษาของวาริรัตน์ มนูญกร และคณะ<sup>5</sup> ที่พบการแพ้ชนิดรุนแรง 2.7-4.5ราย ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 1,000 ครั้งในผู้ป่วยเด็กอายุ 3 เดือนถึง 18 ปี ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของอรทัย พิบูลโกคานันท์และคณะ<sup>6</sup> ที่ทำการศึกษาทั้งในเด็กและ

ผู้ใหญ่พบว่าผู้ป่วย 55.45 ครั้งต่อการเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วย 100,000 ครั้ง ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศ เช่น ในประเทศเกาหลีพบอุบัติการณ์เกิด 14 ครั้ง ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ 1000 ราย ที่มารับการรักษา ทั้งหมดในโรงพยาบาล<sup>9</sup> อาจเนื่องจากช่วงเวลาที่ทำการรักษา และกลุ่มอายุผู้ป่วยที่ทำการรักษาแตกต่างกัน แต่จากการศึกษานี้ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้รุนแรงเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบในแต่ละปี ซึ่งแตกต่างการศึกษาในผู้ใหญ่และเด็กก่อนหน้านี้ในประเทศสหราชอาณาจักรของ Turner และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแนวโน้มสูงขึ้นจาก 1.0 เป็น 7.0 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี ในช่วงระยะเวลา 21 ปี<sup>4</sup> และการศึกษาของ Tsung-Chieh Yao และคณะพบอุบัติการณ์การเกิด การแพ้ชนิดรุนแรงในประเทศไต้หวันจาก 4.79 เป็น 8.2 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปีในช่วงเวลาการศึกษา 13 ปี<sup>5</sup> รวมทั้งการศึกษาในประเทศไทยของ อรทัย พิบูลโกคานันท์และคณะ พบว่ามีผู้ป่วยแนวโน้มสูงขึ้นจาก 9.16 ครั้ง ถึง 55.45 ครั้ง ต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 100,000 ครั้ง<sup>6</sup> และการศึกษาของวาริรัตน์ มนูญกร และคณะ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเด็กก็พบมีอุบัติการณ์สูงขึ้น ในช่วง 10 ปีที่ทำการศึกษา<sup>8</sup> อาจเนื่องจากการศึกษานี้ ติดตามเพียงระยะเวลา 7 ปีซึ่งอาจจะไม่นานพอที่จะพบ ความแตกต่างที่ชัดเจนได้

ในการศึกษานี้พบว่าเพศชายเกิดการแพ้ชนิด รุนแรงสูงกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อเพศ หญิง 2.8:1 รายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Turner และคณะ<sup>4</sup> และการศึกษาของ อรทัย พิบูลโกคานันท์ และคณะ<sup>6</sup> พบเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในผู้ป่วยอายุน้อย กว่า 15 ปี โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยเพศชาย:เพศหญิง 1.7:1 และ 2.2:1 ตามลำดับ พบว่าค่ามัธยฐานของอายุผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรง คือ 9.1 ปีซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Gaspar และคณะ<sup>10</sup> และการศึกษาของวาริรัตน์ มนูญกร และคณะ<sup>8</sup> พบว่า ค่ามัธยฐานของอายุ คือ 7 ปีและ 8.7 ปี ตามลำดับ

สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เกิดจากแมลงหรือสัตว์กัด/ต่อยร้อยละ 45 โดยเฉพาะการต่อยของผึ้ง ต่อ แตน สาเหตุรองลงมา คือ

อาหาร ร้อยละ 29 โดยพบอาหารทะเลมากที่สุด รองลงมาคือ อาหารพื้นบ้าน (ตักแตน, ตักแด่, จิ้งหรีดไข่มดแดง ปูนา) และพบสาเหตุจากนมวัวเพียงร้อยละ 1 พบแพ้ ชนิดรุนแรงจากยาร้อยละ 12 ในขณะที่การศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยพบสาเหตุการแพ้ชนิดรุนแรงใน ผู้ป่วย เด็กส่วนใหญ่เกิดจากอาหารร้อยละ 29.6 -34.9 และยาร้อยละ 29.6-33.1 อาหารที่พบมากที่สุดคืออาหารทะเล รองลงมาคือแป้งสาลี พบแมลงกัด/ต่อยเพียงร้อยละ 5.2-16.7 และมีการแพ้ชนิดรุนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุถึง ร้อยละ 2.8-20<sup>6, 8</sup> ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยเด็กของ สุธาทิพย์ วัฒนะพนาลัย โรงพยาบาลชัยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นกัน พบ สาเหตุจากอาหารสูงถึงร้อยละ 48.5 สาเหตุจากแมลงกัด/ต่อยร้อยละ 26.2 สาเหตุจากยาเพียงร้อยละ 5.8 ซึ่งชนิดอาหารที่เป็นสาเหตุคล้ายกับการศึกษานี้คือพบสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากอาหารทะเล รองลงมาเป็นแมลงทอด<sup>11</sup> เหตุผลที่การศึกษานี้พบสาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรง แตกต่างจากที่อื่นๆ อาจเนื่องจากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ที่แตกต่างกัน ระยะเวลาการทำกิจกรรมนอกบ้านของเด็ก ในต่างจังหวัดมากกว่าเด็กในกรุงเทพมหานคร จึงอาจ มีโอกาสการสัมผัสกับแมลงหรือสัตว์กัด/ต่อยมากกว่า ทำให้พบสาเหตุการแพ้รุนแรงจากแมลงกัด/ต่อยได้บ่อย กว่า นอกจากนี้วัฒนธรรมอาหารการกินที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในการศึกษานี้จึงพบการแพ้ชนิดรุนแรง จากอาหารพื้นบ้านเช่น แมลงทอด รองจากอาหารทะเล เหมือนกับการศึกษาที่จังหวัดชัยภูมิ<sup>11</sup> ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ในการศึกษานี้พบการแพ้ชนิดรุนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 10 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุธาทิพย์ วัฒนะพนาลัย<sup>11</sup> ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ในผู้ป่วยเด็กในประเทศไทยที่ไม่พบสาเหตุประมาณร้อยละ 2.8-24<sup>6, 8</sup> ส่วนการศึกษาทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ไม่พบสาเหตุประมาณร้อยละ 5-17.8<sup>6, 7, 12</sup>

การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการศึกษานี้ พบร้อยละ 12 พบว่าสาเหตุของการศึกษานี้ได้แก่ การได้รับเซรุ่มต้านพิษ งู, วัคซีนภูมิแพ้, ยาเคมีบำบัด L-asparaginase, Mero-penem, พลาสมาสดแช่แข็ง, เกล็ดเลือดและสารที่บรังสี



ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของมาลี เตชพรุ่งและคณะที่พบร้อยละ 6 ของการแพ้ชนิดรุนแรง โดยสาเหตุเกิดจากเซรุ่มต้านพิษงู ยาเคมีบำบัด L-asparaginase carboplatin<sup>7</sup> ขณะที่การศึกษาอรรถัย พิบูลโกคานันท์และคณะพบมากถึงร้อยละ 37<sup>6</sup>

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้ คือ อาการทางระบบผิวหนัง (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ อาการทางระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ตามลำดับ และมีเพียงรายเดียวมีอาการทางระบบประสาท ซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยที่พบอาการส่วนใหญ่เป็นอาการทางระบบผิวหนังร้อยละ 86-95<sup>6-8</sup> รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต สำหรับระบบทางเดินอาหารในการศึกษานี้พบร้อยละ 52 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นที่พบประมาณ 23.8-36<sup>6-8</sup> พบการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงซ้ำ (biphasic anaphylaxis) ในผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 2 ซึ่งเท่ากับกับการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ของ อรรถัย พิบูลโกคานันท์และคณะที่พบร้อยละ 2 ขณะที่ในผู้ป่วยเด็กพบร้อยละ 7<sup>6</sup> หรือในการศึกษาทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ของรัชญา เลิศนวพันธุ์และคณะ ที่พบการแพ้ชนิดรุนแรงซ้ำร้อยละ 6.25<sup>11</sup>

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับยาได้รับยาต้านฮิสตามีน มีการได้รับยาอะดรีนาลีนเข้าทางกล้ามเนื้อในระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 89 และไม่พบการได้รับได้รับยาอะดรีนาลีนทางอื่น ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาอื่นในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาอะดรีนาลีนในระยะเฉียบพลันร้อยละ 77-93.8<sup>6-8, 10</sup> ผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 29 ชั่วโมงทั้งที่พบการเกิดอาการซ้ำเพียง ร้อยละ 2 ซึ่งอาจจะใช้เวลาเพื่อสังเกตอาการมากเกินไป อาจจะเป็นจุดพัฒนาเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงแนะนำให้สังเกตอาการอย่างน้อย 4-8 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงซ้ำ<sup>10</sup>

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงได้แนะนำการให้ยาอะดรีนาลีนแก่ผู้ป่วยไว้

พกติดตัวหลังจากที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงทุกราย<sup>1, 2</sup> ซึ่งในทางปฏิบัติมีการให้ยาอะดรีนาลีนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในประเทศเกาหลีพบการให้เพียงร้อยละ 16.8<sup>13</sup> ขณะที่ในประเทศอเมริกามีการให้สูงถึงร้อยละ 56-64<sup>14</sup> สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาในส่วนนี้ไม่มากนัก มีการศึกษาของมาลี เตชพรุ่งและคณะเมื่อปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับยาอะดรีนาลีนพกติดตัวเพียงร้อยละ 1.3 หลังจากออกจากโรงพยาบาล<sup>9</sup> ขณะที่ในการศึกษานี้พบการให้ยาอะดรีนาลีนไว้พกติดตัวพร้อมสอนวิธีการฉีดยาร้อยละ 49 เพิ่มสูงขึ้นชัดเจนอาจเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาห่างกันมากกว่า 10 ปีและในปัจจุบันมีแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาการแพ้ชนิดรุนแรงที่ชัดเจนมากขึ้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถรู้อุบัติการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงของผู้ป่วยเด็กทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมาได้ เนื่องจากอาจจะมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการและอาการแสดงเพียงเล็กน้อยจึงได้รับการจำหน่ายกลับบ้านเมื่อมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดนครราชสีมา และทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ปี 2533 จึงมีข้อจำกัดทางด้านการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนในช่วงก่อนปี 2553

## สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไม่พบการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การแพ้ชนิดรุนแรง และพบว่าอาการและอาการแสดงทางระบบผิวหนังเป็นอาการของการแพ้ชนิดรุนแรงที่พบบ่อยที่สุด รองลงมา คือ อาการทางระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหารและระบบไหลเวียนตามลำดับ สาเหตุของการแพ้ชนิดรุนแรงที่พบบ่อยที่สุด คือ การโดนแมลงต่อยหรือสัตว์กัด รองลงมา คือ การแพ้อาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาอะดรีนาลีนในระยะเฉียบพลันร้อยละ 89 และได้รับยาอะดรีนาลีนพกติดตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 49

## เอกสารอ้างอิง

1. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY; World Allergy Organization. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:587-93.e1-22.
2. ปกิต วิชยานนท์, อรทัย พิบูลย์โศกานันท์, จิตติมา เวศกิจกุล, สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, ชลธีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, กณิกา ภริมย์รัตน์, และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง (Clinical Practice Guidelines for Management Anaphylaxis). 2017; (accessed 1 January 2017). Available from [http://www.allergy.or.th/2016/pdf/Draft\\_Short\\_Summary\\_CPG\\_Thai\\_Anaphylaxis\\_for\\_AAIAAT.pdf](http://www.allergy.or.th/2016/pdf/Draft_Short_Summary_CPG_Thai_Anaphylaxis_for_AAIAAT.pdf).
3. Sangil L, Erik H, Christane L, Waqas G, Alanna C, Ronna C. Trend, characteristics and incidence of anaphylaxis in 2001-2010: A population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 139: 182-8.
4. Turner PJ, Gowland MH, Sharma V, Ierodidakonou D, Harper N, Garcez T, Pumphrey R, Boyle RJ. Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: an analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992-2012. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135:956-63.e1.
5. Yao TC, Wu AC, Huang YW, Wang JY, Tsai HJ. Increasing trends of anaphylaxis-related events: An analysis of anaphylaxis using nationwide data in Taiwan, 2001–2013. *World Allergy Organ J* 2018;11:23 .
6. Orathai J, Wicharn B, Nuntawan P, Nualanong V, Torpong T, Pakit V. Features of patients with anaphylaxis admitted to a university hospital. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 98: 157-62.
7. Malee T, Krittapoom A, Wisit C, Kiat R. Anaphylaxis a ten years inpatient retrospective study. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2010; 28: 262-9.
8. Wiparat M, Suwat B, Wasu K, Soamarat V, Cherapat S, Wanlapa J. Pediatric anaphylaxis: triggers, clinical features, and treatment in a tertiary-care hospital. *Asia Pac J Allergy Immunol* 2015;33:281-8.
9. Yang M, Lee S, Kim T, Kwon J, Lee S, Kim S, et al. Epidemiologic and clinical features of anaphylaxis in Korea. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2008;100:31-6.
10. Gaspar A, Santos N, Piedade S, Santa-Marta C, Pires G, Sampaio G, et al. One-year survey of pediatric anaphylaxis in an allergy department. *EUR Ann Allergy Clin Immunol* 2015;47:197-205.
11. Watthanaphanalai S. Prevalence and characteristics of anaphylaxis in children at Chaiyaphum hospital. *J Dept Med Ser [Internet]*. 2022 Mar. 31 [cited 2023 Jun. 17];47(1):41-8. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/250443>
12. Ratchaya L, WirachMaek N. Anaphylaxis and biphasic phase in Thailand: 4-year observation. *Allergology International* 2011;60(3):283-9.
13. Lee WS, An J, Jung YH, Jee HM, Chae KY, Park YA, Han MY, Lee KS. Characteristics and treatment of anaphylaxis in children visiting a pediatric emergency department in Korea. *Biomed Res Int* 2020;2020:2014104.
14. Sidhu N, Jones S, Perry T, Thompson T, Storm E, Melguizo Castro MS, Nick TG. Evaluation of anaphylaxis management in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2016;32:508-13.