



# สมาคมโรคภูมิแพ้ และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549



CME: *Ant Anaphylaxis*

Interesting Case: *Hypereosinophilic Syndrome*

Pro & Cons: *Chronic Urticarial & Food Allergy*



สมาคมโรคภูมิแพ้  
และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

www.immunologythai.org

เจ้าของ

สมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

นพ.วสุ กำชัยเสถียร

สำนักงาน

สมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

ตึกเจ้าฟ้าจักรี ชั้น 8 หน่วยโรคภูมิแพ้

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2 ถนนพราวานนท บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร./โทรสาร 0-2418-0633

นายกสมาคมฯ

นพ.ปภิต วิทยานนท์

อุปนายก

พญ.จรงค์จิตรี งามไพบุลย์

ดร.ศันสนีย์ ไชยโรจน์

เลขาธิการ

พญ.นวลอนงค์ วิเศษสุนทร

ฝ่ายการคลัง/วัสดุ (เหรียญ)

พญ.อัญชลี ตั้งตรงจิตร

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และต่างประเทศ

นพ.อภิชาติ วัลยะเสวี

วิชาการ

นพ.สุวัฒน์ เบนจพพลพิทักษ์

ดร.วิษระ กลินฤกษ์

CME

พญ.สุชีลา จันทร์วิทยานูชิต

วารสาร

ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา

สมาชิกสัมพันธ์

นอ.หญิงกณิกา ภิรมย์รัตน์

ประชาสัมพันธ์

นพ.เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ

Allergy practice

พญ.สุกัญญา โพธิ์กำจร

ชุมชนสัมพันธ์

นพ.ตฤณ จารุมลิต

วิจัยและวิชาการสัมพันธ์

นพ.เกียรติ รัชชงธรรม

ดร.สุรศักดิ์ วงศ์รัตนชีวิน

ย้ายที่อยู่ ไปตั้งสมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

ตึกอ้อ คุณศิริพร เพ็ญสา ตึกเจ้าฟ้าจักรี ชั้น 8 หน่วยโรคภูมิแพ้

ถนนพราวานนท บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร./โทรสาร 0-2418-0633

# สารบัญ

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2549

- 3 ..... สารสั้นจากนายกสมาคมโรคภูมิแพ้  
และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย
- 4 ..... Thai Allergy/Immunology Legend
- 7 ..... Pro & Cons: *นพ.วรวิษณุ เหลืองเวชการ*
  - Chronic Urticaria & Food Allergy
- 8 ..... Topic Review & CME
  - อนาคตภัยแลกซีสจากมดมีพิษ  
*นอ.หญิง กณิกา ภิรมย์รัตน์*
- 12 ..... Allergy/Immunology Interesting Case
  - A 4-year-old girl with recurrent wheezing, anemia and hypereosinophilia  
*Wiparat Manuyakorn, et al.*
- 15 ..... ภาพข่าวกิจกรรมสมาคมฯ
- 16 ..... Editorial



สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

**AstraZeneca**



RESPIRATORY & INFLAMMATION



## สาส์นจาก นายกสมาคมโรคภูมิแพ้ และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย



ในฐานะนายกสมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย ประจำปี 2549-2551 ผมขอต้อนรับท่านสมาชิกสมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทยและผู้อ่านทุกท่านสู่จุลสารสมาคมฯ โดยมี อ.วสุ กำชัยเสถียร เป็นบรรณาธิการ ซึ่งจะมาช่วยปรับปรุงจุลสารของสมาคมฯของเราให้ดียิ่งขึ้น โดยประกอบด้วยคอลัมน์ที่หลากหลายยิ่งขึ้นเพื่อให้ทั้งความรู้และสาระในแวดวงภูมิแพ้/อิมมูโนวิทยาทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ในปี พ.ศ.2550 จะเป็นปีที่สมาคมของเราจะมีกิจกรรมมากขึ้นในการเตรียมการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม World Allergy Congress ซึ่งคาดว่าจะมี Speakers ถึง 200 ท่าน และผู้ร่วมงานถึง 5,000 คน ขอให้ท่านสมาชิกสมาคมฯ และผู้สนใจเตรียมตัวเตรียมใจไว้รับงานให้เต็มที่ โดยเพื่อเป็นการอุ่นเครื่อง ฝ่ายวิชาการของสมาคมฯ จะจัดการประชุมวิชาการของสมาคมฯ ประจำปี พ.ศ. 2550 ในระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม พ.ศ.2550 ที่กรุงเทพฯ โดยรับรองว่าจะมีผู้บรรยายรับเชิญจากต่างประเทศที่มีชื่อเสียงอย่างมากมายเช่นเคย และปี พ.ศ.2550 จะเป็นปีทองของสมาคมฯอย่างแท้จริง

**ศ.นพ.ปกิต วิชยานนท์**

นายกสมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย



สมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย



# Thai Allergy/ Immunology Legend



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ  
นายแพทย์มนตรี ตูจันทา

เกี่ยวกับประวัติการก่อตั้งสมาคมโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

**อ.มนตรี** “ในช่วงแรกมีแพทย์ Allergy ที่กลับมาจากต่างประเทศรุ่นแรก คือ อาจารย์ไพบูลย์ พานิชัยการ ที่เป็น Board certified กลับมา และ 1 ปีต่อมามีอาจารย์อีก 4 คนที่ Certified กลับมาคือ อ.รัตนากรณี เฟื่องทอง, อ.พูนศรี เรืองสกุล, อ.วิชาญ และผม ทั้ง 4 คนจบมาจาก USA. ส่วน อ.ฉวีวรรณ บุนนาค จาก Australia และ อ.บุญเจือ ธรณินทร์ จากประเทศเยอรมัน ในขณะที่ทางด้าน Immunology มี อ.ดร.สถิตย์ สิริสิงห อ.ดร.พรชัย มาตั้งคสมบัต และ อ.เสาวนิจู ที่เวชศาสตร์เขตร้อน

โดยหมอโรคภูมิแพ้รุ่นก่อนผม จะมี อ.สถิตย์วงศ์ วงศ์ถวัลย์ทอง, อ.อัศวิน เทพาคำ มีความเห็นว่าจะมีการรวมตัวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิชาการ จึงนัดทานข้าวกันที่บ้านของ อ.สถิตย์วงศ์ และต่อมาได้ก่อตั้งเป็นชมรมขึ้นในปี พ.ศ. 2520 โดยมี อ.วิจิตร พานิช (*สถาปนโรดคิ้วหนัง*) เป็นประธานชมรมคนแรก ซึ่งมีความสนใจด้าน Allergy และ อ.พิพัฒน์ ชูวราเวช (*รพ.ตำรวจ*) ซึ่ง Train ด้าน Allergy เป็นเลขานุการชมรมฯ โดยตอนแรกเรียกว่า “ชมรมแพทย์โรคภูมิแพ้และนักอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย” ในการประชุมแรกๆ จะเวียนไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ทุก 2-3 เดือน คล้ายกับ Interhospital conference ในปัจจุบัน ใครที่มีผลงานอะไรน่าสนใจก็จะมาเล่าให้กันฟัง โดยรุ่นที่ 2 มี อ.ดร.สถิตย์ สิริสิงห



Executive Committee ของ Asian Pacific Association of Allergology and Clinical Immunology



งานประชุมนานาชาติก่อนก่อตั้งสมาคมภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา แห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก

เป็นประธานชมรม และ อ.ดร.พรชัย มาตั้งคสมบัต เป็นเลขานุการชมรมฯ และรุ่นที่ 3 มีผมเป็นประธานชมรม และ อ.ฉวีวรรณ เป็นเลขานุการฯ ช่วงเวลาที่ผมเป็น ประธานชมรมฯ มีการรับสมาชิกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีคนสนใจมากขึ้น จึงคิดจัดตั้งเป็นสมาคม จึงได้ เชิญ อ.ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ จากรพ.ศิริราช ซึ่งเป็น อาจารย์ผู้ใหญ่ที่มีความสนใจทางด้านนี้ มาเป็นประธานสมาคมฯ คนแรก และผมเป็นเลขานุการ เพื่อเตรียมเปลี่ยนเป็นสมาคม และเกิดการก่อตั้งสมาคมได้สำเร็จในวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2527

เมื่อมีการจัดที่เป็นเรื่องเป็นราวมากขึ้น จึงคิดว่าควรมีวารสารของสมาคมและพอดีกับที่ อ.สมชัย บวรกิตติ ที่เคยเป็น บรรณาธิการของสารศิริราช และจดหมายข่าวแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย หรือที่พวกเราเรียก จพสท. ซึ่งเป็นผู้นำ จพสท. เข้า Index Medicus ได้สำเร็จ ท่านพ้นจากการเป็น บรรณาธิการ ของสารศิริราช และ จพสท. อ.ดิเรก จึงชวนท่านมาเป็น Editor ของวารสาร อ.สมชัย จึงได้ชวน ผม, อ.ดร.พรชัย, อ.ดร.สถิตย์ และ อ.พญ.สดใส มาเป็น Editor ในแต่ละด้านที่ตัวเองถนัด โดยมี อ.สมชัยเป็น Editor in chief ที่ดูภาพรวมทั้งหมด ออกปีละ 2 เล่ม



อ.สมชัยก็ให้ทุกคนไปค้นหาเรื่องที่ดี และมีคุณภาพมาเขียนลง โดยที่ขณะสมาคมมีงบประมาณอยู่แค่ห้าหมื่นบาทเท่านั้น ทั้งที่งบการทำหนังสือจริงจะอยู่ที่เล่มละเจ็ดหมื่นบาท จึงได้ขอสนับสนุนจากบริษัทที่ผมเคยทำวิจัยยาอยู่ด้วย คือ บริษัท SANDOZ ปีละหนึ่งแสนบาท เพื่อทำหนังสือ 2 เล่ม มีการจัดตั้งวารสารที่ชื่อว่า “Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology” มีการดึงอาจารย์ต่างๆ ที่มีความสามารถมาช่วยทั้งด้าน Allergy และ Immunology ทำให้ได้รับการรับรองจากนานาชาติและได้เข้า Index Medicus ตั้งแต่ ฉบับแรก ปัจจุบันได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 15 แล้ว โดยมี อ.ดร.สฤติย์ สิริสิงห์ เป็นบรรณาธิการคนที่ 2 อ.ประเสริฐ ทองเจริญ เป็นบรรณาธิการคนที่ 3 และมี อ.ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา เป็นบรรณาธิการคนที่ 4



การประชุมที่อินโดนีเซีย

Asian Pacific Federation of Allergology and Immunology Societies จัดประชุมครั้งแรกที่บาหลี ประเทศอินโดนีเซียระหว่างนั้น ผมก็คิดว่า มันต้องมีการขยายให้ใหญ่ขึ้นเป็นระดับ Association ผมจึงขอมติความเห็นชอบจากคณะกรรมการว่าให้ไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม โดยมีการเตรียมเอกสารข้อมูลต่างๆ ทั้งการประชุม สถานที่การประชุม สถานที่ท่องเที่ยว ทำให้คณะกรรมการเห็นความพร้อมของไทยให้ไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมครั้งแรกของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เรียกว่า “The First Asian Pacific Congress of Allergology and Immunology” จัดขึ้นที่โรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า (เดิม) โดยมีผู้ร่วมงานกว่าหนึ่งพันคน และมาจากกว่า 30 ประเทศ และมีการจัดในทุกๆ 2 ปีต่อมา”



ผู้เริ่มก่อตั้งสมาคมภูมิแพ้-อิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย (จากซ้าย : ญี่ปุ่น, มาเลเซีย, ไทย, เกาหลี, ออสเตรเลีย, ฟิลิปปินส์, ไต้หวัน, และอินโดนีเซีย)

เมื่ออดีต ครบอายุงาน อ.ไพบูลย์เป็น President คนต่อมา และผมเป็น President คนที่ 3 โดยมีจำนวนสมาชิกที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พอติดกับช่วงนั้นมีการจัดประชุมนานาชาติ ทั้งที่ญี่ปุ่นและเกาหลี ได้เชิญผมให้เป็นผู้บรรยายและเป็น ตัวแทนจากประเทศไทย ผมได้เข้าประชุมทั้ง 3 ครั้ง รวมทั้งตัวแทนจากประเทศต่างๆ เช่น Prof. Kanen Baratawidjaja จากอินโดนีเซีย, Prof. Kue-Hsiung Hsieh จากไต้หวัน, และมี Prof. Manuel F. Ferreria จากฟิลิปปินส์ ก่อนข้างประจำ จึงมีการปรึกษาหารือเพื่อจัดตั้งเป็นสมาพันธ์ ในเขตเอเชียแปซิฟิก ชื่อว่า



**จากอดีตถึงปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร**

**อ.มนตรี** “มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นทั้งทางด้านวิชาการ และมีความเข้มแข็งของทางสมาคมมากขึ้น มีการประชุมที่เป็นเรื่องเป็นราวมากขึ้น จากเดิมที่เริ่มแรกสมัย อ.ดิเรก เป็นเหมือน Interhospital ทั้งมีการสนับสนุน จากบริษัทยาต่างๆ มีการประชุมตามสถานที่ประชุมใหญ่ๆ กลายเป็นต้นแบบให้กับ สมาคมอื่นๆ ต่อไป สมาคมมีความเข้มแข็ง มีกฎระเบียบเรียบร้อย และระยะหลังมีการออกไปจัดที่ต่างจังหวัดและมีคนไปร่วมมากมายอย่างเช่นปีที่ผ่านมามีส่วนด้านวิชาการก็เข้มแข็ง มีเนื้อหาการประชุมที่ลึกลับมากขึ้น

โดยได้รับการสนับสนุนการบริษัทต่างๆ รวมทั้งการขยายตัวมากขึ้น จากเดิมที่ว่าอยู่ใน ระดับเอเชียแปซิฟิกก็ดีแล้ว นี่ยังมีการขยายไปถึงเป็นระดับ World congress แล้ว และตอนนี้ก็มีคนเรียนด้านนี้มากขึ้น มา Training ด้านนี้ทั้งที่จบจากเมืองนอกมา และมีคนในประเทศสนใจมากขึ้น แย่งกันเรียนก็เกิดการคัดเลือกคนที่เข้ามาเรียนเพราะผู้ปวยด้านนี้มีมากขึ้น ทำให้เกิดความต้องการจากโรงพยาบาลต่างๆ”

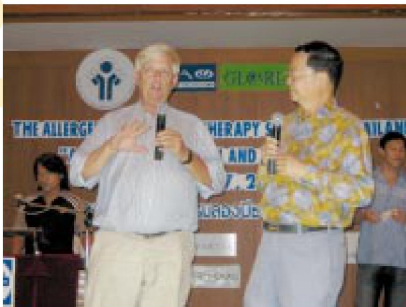


“ผมคิดว่าสมาคมมีคู่แข่งเจริญและพัฒนามากขึ้น เห็นการมีโอกาสได้ร่วมงานกับกลุ่ม Immunology ด้วย ความรู้พื้นฐานน่าจะดีขึ้น และมีความขัดแย้งใดๆ เป็นภาพ การรบกวนกับ Allergy และ Immunology ก็ต้องมีการพัฒนา เปลี่ยนแปลงต่อไป”



### อาจารย์มีความคาดหวังต่อสมาคมโรคภูมิแพ้และ วิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย จะโดยขนาดเทียบเท่ากับ ต่างประเทศไทย

**อ.มนตรี** “ผมว่าของไทย แพทย์ยังมีจำนวนน้อยอยู่ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ อย่างเช่น ญี่ปุ่น ผมเพิ่งเข้าไปดู Website ของเค้า เฉพาะสมาคมโรคภูมิแพ้เด็กมีสมาชิกเป็นพันคน ผมยังตกใจว่าทำไมขนาดนี้ ส่วนเราคงต้องค่อยเป็นค่อยไป ผมอยากให้ทุกคนได้รับการฝึกอบรมที่ถูกต้อง ไม่ได้มากกำหนด เป็นเวลาว่า 3 เดือน 6 เดือน ไม่อยากให้แพทย์ไม่รู้จักจริง อย่างเช่น ที่ รพ.ศิริราช หรือ รพ.รามา จะไม่มีการเรียนเป็นเวลาสั้นๆ แล้ว จะมีแต่ Formal training แล้ว”



### บทบาทของสมาคมต่อสังคมในด้านต่างๆ เป็นอย่างไร

**อ.มนตรี** “ก็ดีขึ้นนะ เช่น สมัยก่อนการประชุมมีแค่ใน สมาคม แต่ปัจจุบัน มีทั้งการตั้งชุมชนสัมพันธ์ ชมรมผู้ปวย โรคภูมิแพ้ สมัยก่อนจะมีการสัมภาษณ์ออกทีวีด้วย แต่ยังไม่ มี World Allergy Day หรือ World Asthma Day เกิดการ เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนที่มากขึ้น ให้ความรู้ต่อประชาชน รวมทั้งแพทย์ของเราที่ได้รับการฝึกฝนอบรม ให้มีคำอธิบายต่อ ประชาชน สาเหตุสำคัญของโรคคืออะไร ควรหลีกเลี่ยงอย่างไร แต่เนื่องจากเรื่องโรคภูมิแพ้มันมากเกินไปผมเริ่มทำมาตั้งแต่ ปี 2517-2518 ตั้งแต่ผมเป็นนักศึกษาแพทย์ อยู่ที่มหาวิทยาลัย มหิดล มี 2.4% ในผู้ปวยผู้ใหญ่ ต่อมาเริ่มทำในผู้ปวยเด็ก มีประมาณสี่พันกว่าคน”



### สุดท้ายนี้ อาจารย์มีข้อคิดหรือคำแนะนำสำหรับ หมอ Allergy รุ่นใหม่ๆ อย่างไร

**อ.มนตรี** “ผมอยากแนะนำให้ทุกคนฝึก Practice ด้วยความถูกต้อง ด้วยความรู้มาตรฐาน อย่าไปมั่ว ทำด้วยหลักวิชาการที่ถูกต้อง การใช้ยาต้องดูว่ามีความ จำเป็นหรือไม่ นอก Side effect แก่คนไข้ให้ทราบ ตอนนี้จำเป็นมากที่ต้องมีการให้ความรู้แก่คนไข้ด้วย เพราะถ้าเราแค่รักษาเค้าเฉยๆ โดย ไม่ได้บอกให้เค้ารู้ ว่าจะมีการป้องกันได้อย่างไร ก็ไม่ถูกต้อง ในปัจจุบันนี้ มีแผนพับข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียด และควรทำทุกอย่าง อย่างโปร่งใส ชื่อสัตย์ เห็นประโยชน์แก่ผู้ปวยเป็นสำคัญ ไม่เห็นแก่อามิตสินจ้างชั่วคราวคราว ถ้าเราทำถูกต้อง หากการรักษาที่ไม่ได้ผล ก็ต้องบอกคนไข้ว่า ได้ทำอย่าง ดีที่สุดแล้วผมว่าทำอย่างดีที่สุดและทำด้วยความถูกต้อง”



## Pro & Cons



ขอแนะนำหัวข้อใหม่ที่จะลงถามความเห็นและถือเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของท่านสมาชิกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัตินะคะ หากท่านมีความเห็นอย่างไรกรุณาส่งความเห็นของท่านมายังกองบ.ก.ได้ครับ ท่านที่อิง Evidence-based โปรดโต้แย้งหรือสนับสนุนพร้อมหลักฐานของท่านเข้ามาได้เช่นกันครับ ถือว่าเรามาช่วยกันเรียนและสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่เปิดกว้างและไม่มีที่สิ้นสุดนะครับ

ในฉบับนี้ขอเริ่มต้นด้วยเรื่องของ Food allergy กับ chronic urticaria ครับ คำถามที่เราถามคือ

1. What is the role of food allergy skin prick test (fSPT) in chronic urticaria?
2. What is the role of food elimination in chronic urticaria?



นพ.วาริชฉวี เหลืองเวชการ

# Chronic Urticaria & Food Allergy

ท่านอาจารย์จาก ศิริราชสองท่านได้กรุณาให้ความเห็นพอจะสรุปได้ดังนี้ครับ

### Pro: **พญ.อรทัย ทัญตย์โกคานันท์**

อาจารย์เห็นว่า Role ของ fSPT ใน chronic urticaria ในเด็กยังมีอยู่ โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติสงสัย food allergy อยู่บ้างแล้ว จากการเก็บข้อมูลของอาจารย์พบว่า เด็กที่เป็น chronic urticaria และมีประวัติแพ้อาหาร จะพบผล positive fSPT ได้ 13 ราย ใน 15 ราย (86.7%) และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผล positive food challenge ได้ 6 รายใน 9 ราย

### Con: **พ.ศ.พ.ศอพงษ์ ทองงาม**

อาจารย์เห็นว่า Role ของ fSPT ใน ผู้ป่วย chronic urticaria ในผู้ใหญ่ไม่น่าชัดเจนหากไม่มีประวัติที่ทำให้สงสัยการแพ้อาหาร และการที่จะให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารและรับประทานเพียง rice, water, and lamb นั้นอาจไม่มีเหตุผลสนับสนุนเพียงพอและทำได้ลำบาก

ต้องขอขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านอย่างมากครับ แล้วท่านสมาชิกมีความเห็นในเรื่องนี้อย่างไรบ้างครับ ขอเชิญชวนทุกท่านร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันครับ เราจะได้นำเสนอในฉบับต่อไปครับ



## Topic Review + CME



นอ.หญิงกณิกา กิรมย์รัตน์

# อนาฟัยแลกซิส จากมดมีพิษ

การเกิดอนาฟัยแลกซิส (anaphylaxis) จากมดมีพิษถือเป็นสิ่งที่พบไม่บ่อยในประเทศไทย แต่จากการที่สภาพแวดล้อมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ความเจริญรุดล้าทำลายที่อยู่ตามธรรมชาติของแมลงผสมด เกิดน้ำท่วม ความแห้งแล้ง เหตุเหล่านี้ทำลายที่อยู่อาศัยและอาหารตามธรรมชาติ จึงเกิดการย้ายที่อยู่ของมดมีพิษเข้ามาในบ้าน และบริเวณที่อยู่อาศัยของมนุษย์มากขึ้น ดังนั้นโอกาสที่คนจะถูกมดมีพิษต่อยก็เพิ่มขึ้นด้วย เร็วๆ นี้เราจึงได้เห็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ที่คนถูกมดตะนอยตัวเดียวต่อยแล้วเกิดอาการแพ้แบบอนาฟัยแลกซิสจนถึงแก่ความตาย

อัตราการเกิดอนาฟัยแลกซิสจากมดมีพิษไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด การสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การแพ้แบบอนาฟัยแลกซิสในผู้ที่ถูกมดคันไฟชนิด imported fire ant ต่อย 0.6%-16%<sup>1,2</sup> และคาดว่ามีส่วนเสียชีวิตจาก fire ant-induced anaphylaxis มากกว่า 80 คนต่อปี<sup>3,4</sup> หรือประมาณ 3 ในแสนคน สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีภูมิอากาศหลายแบบ มีหลักฐานว่ามดคันไฟสามารถอาศัยอยู่ในเขตที่อุณหภูมิไม่ต่ำไปกว่า -17.8 องศาเซลเซียส ดังนั้นเขตที่มีมด imported fire ant อาศัยจะกินพื้นที่ถึง 25% ของประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่อยู่ชายฝั่งตะวันออกและตอนใต้ ส่วนประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน จึงพบมดมีพิษได้ทุกพื้นที่ของประเทศ

### มดมีพิษในประเทศไทย

มดเป็นแมลงที่อยู่ใน Hymenoptera order และ Formicidae family มดในประเทศไทยมีประมาณ 800-1,000 ชนิด (species) ในจำนวนนี้มีพิษมีประมาณ 100 ชนิด<sup>5</sup> ลักษณะของมดมีพิษที่สำคัญคือจะทำร้ายศัตรูหรือเหยื่อด้วยการกัดด้วยเขี้ยวจนแน่น แล้วโค้งตัวขึ้นต้อยด้วยเหล็กในซึ่งอยู่ปลายปล้องท้อง การต้อยทำได้หลายครั้ง

มดมีพิษซึ่งพบได้บ่อย และอาจทำให้เกิดอนาฟัยแลกซิสมีหลายชนิด ได้แก่

1. **มดคันไฟ (fire ant)** เป็นมดใน *Solenopsis spp.* มีหลายชนิด ที่พบในประเทศไทย มี 5 ชนิดที่สำคัญคือ *Sole-*



ภาพที่ 1 *Solenopsis geminata* จะเห็นได้ว่ามีมดหลายขนาดในฝูง ตั้งแต่ขนาดงานขนาดเล็กจนถึงมดทหารขนาดใหญ่ (มดราชินีที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ไม่เห็นในภาพ)

*nopsis geminata* (ภาพที่ 1) ส่วนชนิดที่พบในสหรัฐอเมริกา นั้นย้ายถิ่นที่อยู่มาจากอเมริกาใต้ โดยการติดมากับสินค้าต่างๆ ได้แก่ *Solenopsis invicta* (red imported fire ant) และ *Solenopsis richteri* (black imported fire ant) มดจำพวกนี้ไม่มีในประเทศไทย แต่ล่าสุดได้มาถึงเกาะฮ่องกงแล้ว มดคันไฟอยู่เป็นฝูงใหญ่ ทำรังอยู่ในดิน รังลักษณะเป็นดินชยุพูนขึ้นในรังอาจมีราชินีตัวเดียวอยู่ในรังที่มีรูปกลม หรือมีราชินีหลายตัวทำให้รังมีลักษณะลูกคลื่น ราชินีทำหน้าที่วางไข่ มดคันไฟมักทำรังในที่ที่แสงแดดส่องถึง เช่น สนามหญ้า สนามเด็กเล่น สนามกอล์ฟ สนามฟุตบอล ซ้างถนน ฯลฯ เมื่อรังถูกรบกวน จะกรูกันเข้ามารุมต้อยเป็นฝูง ยังไม่เคยมีรายงานว่ามีคนตายจากการถูกมดคันไฟรุมต้อยแต่อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ถ้ามีการแพ้แบบอนาฟัยแลกซิส หรือคนนั้นเป็นเบาหวาน และเกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อน

2. **มดตะนอย (*Tetraponera rufonigra*)** เป็นมดที่มีพิษร้ายแรงที่สุดในประเทศไทย ผู้ที่ถูกต้อยจะเจ็บปวดมาก





ภาพที่ 2 มดตะนอย *Tetraponera rufonigra*

แต่ colony ของมดชนิดนี้เล็กกว่ามดคันไฟ ดังนั้นจำนวนมดที่ต่อจิ้งน้อยกว่า เป็นมดขนาดใหญ่ ตัวยาวประมาณ 1.2 ซม. หัวและปล้องท้องสีดำ ปล้องอกมีสีแดง มีส่วนเอว (ส่วนอกตอนล่าง และส่วนท้องตอนบน) คอดเรียวเล็ก ปล้องท้องเรียวยาวปลายแหลม พบได้ทุกพื้นที่ของประเทศ (ภาพที่ 2)

### 3. มดดาซัน, มดไอ้ซัน, มดปูยฝ้าย (*Pachycondyla spp.*)

เป็นมดขนาดใหญ่ สีดำ ยาวประมาณ 1.2 ซม. มีเขี้ยวขนาดใหญ่โจ่ง ส่วนเอวซึ่งประกอบด้วยปล้องอกต่อกับปล้องท้องป่องออก ทำให้ดูลำตัวกว้าง อาศัยอยู่ในสวนหรือป่าดิบแล้ง อยู่ในดินบริเวณใต้หิน ใต้ขอนไม้ รวมเป็นกลุ่มขนาดเล็ก เดินตามกันอย่างรวดเร็ว เป็นแถวสั้นๆ (ภาพที่ 3)

### 4. มดน้ำลายงูเห่า (*Diacamma spp.*) เป็นมดขนาดใหญ่ สีดำ ยาวประมาณ 1 ซม. ส่วนท้องปล้องแรก และปล้องที่ 2



ภาพที่ 3 มดดาซัน (*Pachycondyla spp.*)

ขยายใหญ่โป่งขึ้น ชอบอยู่รวมเป็นกลุ่มขนาดเล็ก อาศัยอยู่ใต้พื้นดิน ปากรูมีขนาดใหญ่ มักพบตามป่าเบญจพรรณ

**5. มดล้นปากฟันเลื่อย (*Odontoponera spp.*)** เป็นมดขนาดใหญ่ สีดำ ยาวประมาณ 0.9 ซม. อาศัยรวมเป็นกลุ่มขนาดเล็ก สร้างรังใต้ดิน ปากรูลักษณะกลม อยู่ในป่าและทุ่งหญ้า กระจายทั่วทุกภาคของประเทศ

### พิษของมดมีพิษ

พิษของมดมีพิษ มีความแตกต่างไปจากแมลงใน Hymenoptera อื่นๆ เช่น ผึ้ง และต่อ ซึ่งในน้ำพิษมีโปรตีนเป็นส่วนประกอบส่วนใหญ่ แต่สำหรับน้ำพิษของมดคันไฟ (imported fire ant) ที่มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบมี alkaloid ที่ไม่ละลายน้ำเป็นส่วนใหญ่ถึง 95% ส่วนที่เป็น proteins ซึ่งละลายน้ำได้มีเพียง 0.1% ของพิษโดยน้ำหนักเท่านั้น ส่วนที่เป็น alkaloid มี piperidines ที่มีฤทธิ์ cytotoxic, hemolytic, antibacterial, และ insecticidal ซึ่งทำให้เกิด sterile pustules แต่ไม่ทำให้เกิด IgE response<sup>๑</sup> ส่วนที่เป็นโปรตีน มี major allergenic proteins 4 ชนิด คือ Sol i 1-4 ในส่วน Sol i 1 มี phospholipase A & B activities ซึ่งมีบางส่วนของ cross reactivity กับ phospholipase ของต่อได้ Sol i 2 มีปริมาณมากที่สุดและไม่ cross react กับ Hymenoptera อื่นๆ Sol i 3 อยู่ใน antigen 5 family แต่ไม่มี cross reaction กับ antigen 5 ของต่อ Sol i 4 มีปริมาณ 8 -10 % มีส่วนคล้าย Sol i 2<sup>๑</sup> สำหรับพิษของมดชนิดอื่นๆ ในประเทศไทยไม่ได้มีการศึกษาไว้ชัดเจน

การเกิดอาการอนาฟัยแล็กซิสเกิดในผู้ที่มี specific IgE antibody อยู่ในร่างกายก่อนแล้ว ดังนั้นส่วนใหญ่จะไม่เกิดอนาฟัยแล็กซิสในการถูกต่อยครั้งแรก ยกเว้นมีการรายงานในบางรายที่ถูกมดคันไฟต่อยเป็นครั้งแรกแล้วเกิดอนาฟัยแล็กซิส การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าส่วนใหญ่ถูก sensitized ด้วย *Vespula* (yellow jacket) venom มาก่อนแล้ว และพบว่า *Vespula* venom สามารถ cross react กับ *Solenopsis* venom ได้ในหลอดทดลอง<sup>๑</sup> นอกจากนั้นการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยในประเทศไทยที่มีอาการแพ้พิษต่อหัวเสือ (*Vespa spp.*) แบบอนาฟัยแล็กซิสในการถูกต่อยครั้งแรก พบว่าบางรายมีประวัติเคยถูกมดคันไฟ และมดตะนอยต่อยหลายครั้ง จึงเป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่มี cross allergenicity ระหว่างพิษของมดมีพิษในประเทศไทย กับพิษต่อหัวเสือในบางคน ทั้งนี้ไม่ได้มีการพิสูจน์ในห้องปฏิบัติการ<sup>๑</sup>



### ปฏิกิริยาจากการถูกกัดมีพิษต่อ

สามารถแบ่งปฏิกิริยาจากการถูกมดมีพิษต่อได้เป็นปฏิกิริยาเฉพาะที่ ปฏิกิริยา systemic และอื่นๆ

ปฏิกิริยาเฉพาะที่ ได้แก่ การ

ปรากฏรอยบวมแดง (wheal-and-flare) บริเวณที่ถูกตอย ในกรณีที่ถูกมดคันไฟ (fire ant) ตอย จะเกิด sterile pustule ขึ้นที่ตรงกลางภายใน 24 ชม. ต่อมา epidermis ที่อยู่บริเวณนี้จะหลุดลอกใน 48-72 ชม. และรอยถูกตอยจะค่อยๆ หายในที่สุด มีน้อยรายที่จะเกิดการติดเชื้อ secondary infection ส่วนมดมีพิษชนิดอื่นมักไม่เกิด sterile pustule มีแต่รอยบวมแดง



บางรายอาจเกิดอาการบวมที่บริเวณถูกตอยมากกว่าปกติที่เรียก large local reaction ซึ่งเกิดได้ 17%-56% ของผู้ที่ถูกมด imported fire ant ตอย<sup>6</sup> โดยภายหลังจากที่เกิด wheal-and-flare reaction แล้ว เกิดมีอาการบวมลามออก ร่วมกับอาการคัน induration และ erythema ซึ่งจะอยู่นาน 24-72 ชม. อาการบวมอาจลามไปทั้งแขนหรือขา รอยบวมแดงนี้มีพยาธิสภาพ แบบเดียวกับ late phase mast cell-dependent reactions ซึ่งมี infiltration ด้วย eosinophils, neutrophils ร่วมกับการเกาะของ fibrin

ปฏิกิริยา systemic เกิดจาก IgE mediated reaction โดยมีอาการในระบบต่างๆห่างจากบริเวณที่ถูกตอย อาการที่ผิวหนัง เช่น urticaria, angioedema, conjunctival chemosis ถ้าหากมีความรุนแรงลามไปยังระบบอื่นๆ นอกจากบริเวณผิวหนังจะเรียกว่าเกิด อนุแพ้แลกซีส (anaphylaxis) ซึ่งได้แก่อาการในระบบหายใจ เช่น มี rhinitis, hoarsness, laryngeal edema หรือ bronchospasm ระบบไหลเวียนโลหิต เช่น เกิด hypotension, arrhythmia ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน ระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ชัก เป็นต้น การเกิดอนุแพ้แลกซีสอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรืออาจเกิดหลังการถูกตอยได้เป็นเวลาหลายชั่วโมง ซึ่งทำให้ผู้ถูกตอยถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่

อาการอื่นๆ ได้แก่ toxic reaction ไม่พบมีรายงานผู้ที่ถูกมดมีพิษตอยจนถึงแก่ความตาย ในคนปกติไม่พบมีอาการแทรกซ้อนนอกจากเกิด pustules เท่านั้น ผิดจากแมลงมีพิษใน Hymenoptera ชนิดอื่นๆ<sup>2</sup> การถูกมดมีพิษตอยจนตาย มีรายงานเฉพาะในในสัตว์ตัวเล็ก เช่น สุนัข สำหรับ delayed reaction นั้นพบได้ประปราย มีรายงานการเกิดอาการชัก และเส้นประสาทอักเสบ<sup>9,10</sup> serum sickness, และ nephrotic syndrome จากการ ถูกมดคันไฟตอย<sup>2</sup>

### การรักษา

การรักษาเฉพาะที่ในกรณีมี Large local reaction ใช้ประคบด้วยน้ำเย็น และยกแขน ขา ข้างที่บวมให้สูง การทา high-potency topical steroids และ oral antihistamine ช่วยลดอาการคันได้

การรักษาอนุแพ้แลกซีส ที่สำคัญคือการใช้ epinephrine และแนวทางเดียวกับการรักษาอนุแพ้แลกซีสจากสาเหตุอื่น<sup>11</sup>

หลังการรักษาในระยะฉุกเฉินผ่านไปแล้ว ในผู้ที่มิใช่อนุแพ้แลกซีส หรือ severe systemic reaction ควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีชุดสำหรับฉีด epinephrine และบัตรพกติดตัว หรือแผ่นห้อยติดกับสร้อยสำหรับแสดงตัวผู้ป่วยอนุแพ้แลกซีสและต้องสอนจนผู้ป่วยหรือญาติมีความสามารถและความมั่นใจในการฉีดยา epinephrine ด้วยตนเอง พร้อมแนะนำวิธีการป้องกันการถูกมดตอยต่อไปด้วย

### Immunotherapy

น้ำยาในการทดสอบ intradermal และการทำ immunotherapy ของมดคันไฟ (imported fire ant) ที่มีใช้ในเชิงการค้าในปัจจุบันเป็น Whole body vaccine (WBV) มีความแตกต่างจาก WBV ของ Hymenoptera อื่นๆ เพราะมีความแตกต่างจาก WBV ของ Hymenoptera อื่นๆ เพราะมีความคงทนกว่า สำหรับ venom vaccine ของมดมีพิษยังไม่มีการผลิตในเชิงการค้า

ประโยชน์ของการทำ immunotherapy เพื่อป้องกันการเกิดอนุแพ้แลกซีส ยังไม่เป็นที่กระจ่างชัด เพราะ natural history ของ fire ant allergy ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ แม้การทำ immunotherapy ด้วย WBV ของมดคันไฟ ในสหรัฐอเมริกา จะเข้ามาแล้วกว่า 30 ปีโดยวิธีการฉีดการเพิ่ม dose ที่ลดน้อยจนถึง 0.5 ม.ล. ของ 1:10 ของ stock WBV โดยน้ำหนัก<sup>12</sup> ใน uncontrolled study พบว่ามี efficacy สูง Freeman et al<sup>13</sup> ได้สนับสนุนการทำ imported fire ant immunotherapy ว่าในผู้ที่ได้รับการฉีดครบทั้งหมด 65 คน มี 47 คนที่ถูกมดคันไฟตอยซ้ำ และมีเพียง 1 คนที่เกิดอนุแพ้แลกซีส ส่วนในกลุ่มที่อยู่ในผู้ที่มิได้รับ immunotherapy 11 คน มี 6 คนที่ถูกมดตอยซ้ำ และทุกคนเกิดอนุแพ้แลกซีส แต่ก็มีกรายงานผู้ที่ล้มเหลวในการป้องกันด้วยวิธีนี้ด้วย ดังนั้นการทำ skin test เพื่อการวินิจฉัย และการรักษาด้วย immunotherapy ควรพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล



## References

1. Strafford CT. **Hypersensitivity to fire ant venom.** Ann Allergy Asthma Immunol 1996; 18: 378-82.
2. Kemp S F, deShazo RD, Moffitt J E, Williams DF, Buhner II WA. **Expanding habitat of the imported fire ant (*Solenopsis invicta*): A public health concern.** J Allergy Clin Immunol 2000; 105: 683-91.
3. Rhoades RB, Strafford CT, James FR Jr. **Survey of fatal anaphylactic reactions to imported fire ant stings : report of the Fire Ant Subcommittee of the American Academy of Allergy and Immunology.** J Allergy Clin Immunol 1989; 84: 159-62.
4. Prahlow JA, Barnard JJ. **Fatal anaphylaxis due to fire ant stings.** Am J Forensic Med Pathol 1998; 19: 137-42.
5. ดร.เดชา วิวัฒน์วิทยา **พิพิธภัณฑ์มด (Ant Museum).** ภาควิชาวิทยาป่าไม้ คณะวนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2547.
6. Hoffman DR. **Fire ant venom allergy.** Allergy 1995 ; 50: 535-44.
7. deShazo RD, Griffing G, Kwan TH, Banks WA, Dvorak HF. **Dermal hypersensitivity reactions to imported fire ants.** J Allergy Clin Immunol 1984; 74: 841-7.
8. น.อ.หญิง กณิกา ภิรมย์รัตน์ **ภาวะอนาฟิแล็กซิสจากแมลงมีพิษในประเทศไทย (กำลังรอการตีพิมพ์)**
9. Cadiotti KA, Lamas AM. **Adverse neurological reactions to the sting of the imported fire ant.** Int Arch Allergy Appl Immunol 1993; 102: 417-20.
10. Fox RW, Lockey RF, Bukantz SC. **Neurologic sequelae following the imported fire ant.** J Allergy Clin Immunol 1982; 70: 120-4.
11. Kemp SF, deShazo RD. **Anaphylaxis and anaphylactoid reactions.** In: Lockey RF, Bukantz SC, editors. Allergen and allergen immunotherapy. 2<sup>nd</sup> ed New York: Marcel Dekker, 1990. P533-55.
12. Demoly P, Bousquet J. **Administering Hymenoptera venom and vaccines of biting insect allergen.** In: Lockey RF, Bukantz SC. Editors. Allergen and allergen immunotherapy. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Marcel Dekker; 1999; p435-44.
13. Freeman TM, Hylander R, Ortiz A, Martin ME. **Imported fire ant immunotherapy : effectiveness of whole body extracts.** J Allergy Clin Immunol 1998; 101: 855-6.



## คำถาม ?

1. มดในประเทศไทยที่ ไม่ ก่อให้เกิดอาการอนาฟิแล็กซิสในคน คือ
  - ก. มดแดง
  - ข. มดคันไฟ
  - ค. มดตะนอย
  - ง. มดดาซัน
2. มดมีพิษมีลักษณะ
  - ก. กัดด้วยเขี้ยว
  - ข. ต่อยด้วยเหล็กใน
  - ค. กัดด้วยเขี้ยวและต่อยด้วยเหล็กใน
  - ง. ฟันเหล็กในที่แผล
3. กรณีที่มีผู้ป่วยเกิดอนาฟิแล็กซิส และพบ sterile pustule ที่ร่างกายใน 24 ชม. สันนิษฐานว่า ต้นเหตุเกิดจาก
  - ก. มดตะนอย
  - ข. มดดาซัน
  - ค. มดน้ำลายงูเห่า
  - ง. มดคันไฟ
4. การเกิดอนาฟิแล็กซิสจากมดมีพิษ เกิดจากการแพ้ (Allergic reaction) น้ำพิษมดในส่วน
  - ก. Alkaloids
  - ข. Enzymes
  - ค. Peptides
  - ง. Kinins
5. มีหลักฐานว่าน้ำพิษของ imported fire ant (*Solenopsis spp.*) มี cross reactivity กับ
  - ก. Yellow jacket (*Vespula spp.*)
  - ข. Honey bee (*Apis spp.*)
  - ค. Paper wasp (*Polistes spp.*)
  - ง. Bumble bee (*Bombus spp.*)



## Allergy/ Immunology Interesting Case



### *A 4-year-old girl with recurrent wheezing, anemia and hypereosinophilia*

Wiparat Manuyakorn, MD, Wasu Kamchaisatian, MD, Asso.Prof. Suwat Benjaponpitak, MD

February 2, 2005

#### **A 4-year old girl, Nakornrachsrma, Thailand**

**CC:** Fever and anemia for 3 wks

**PI:** 3 wks PTA : She developed fever with productive cough and dyspnea. She was admitted at a local hospital with the problems of pneumonia and wheezing lungs. She was treated with cefazolin 100 mg/kg/day for 2 days then was switched to ceftriaxone due to persistent high fever and was referred to Nakornrachsrma hospital.

At Nakornrachsrma hospital she still had fever, moderately pallor, rhonchi and medium crepitation both lungs and no hepato-splenomegaly. The investigations revealed CBC: Hct 21%, WBC 25,800/mcL, N 65%, L 23%, E 12% (total 3,096/mcL), positive 2+ DCT, negative IDCT, negative ANA, ESR 25 mm/hr, no parasite in stool examination, positive stool occult blood, pulmonary infiltration both lower lungs. She was given ceftriaxone, azithromycin and albendazole.

1 wks PTA: She had focal clonic seizure on Lt. side of the body for 1 minute, no post-ictal weakness. The investigations showed CBC: Hct 5%, WBC 35,400/mcL, N 60%, L 29%, E 11% (total 3,894/mcL); normal study of brain CT; traumatic lumbar tapping with RBC 905/mcL, WBC 15/mcL with dominant mononuclear cells (90%) and few eosinophils (10%); hemoculture no growth; CSF culture no growth. The management included administration of methylprednisolone (2 mg/kg/day), PRC transfusion, and changing antibiotic to meropenem. She was referred to Ramathibodi hospital for appropriate management.

**PH:** At age 5 months, she was diagnosed atopic dermatitis

At age 6 months, she had mouth swelling after ingestion of hen egg, urticaria after ingestion of cooked chicken.

At age 2 years, she began to wheeze after respiratory tract infection, attacked 2 time /2 months. She was admitted 4 times in last 2 years due to wheezing. Recently, she was on salbutamol MDI as needed.

She had frequent rhinitis and sneezing.

**FH:** No allergic disease in family

**PE:** A Thai girl mild pallor, BW. 13 kg (P50), Ht. 96 cm(P25)

BT 37°C, PR 102 /min, RR 40/min

#### **HEENT:**

mild pale, no icteric sclera  
No cervical lymphadenopathy  
Corneal ulcer at Rt eye

#### **Chest:**

end expiratory wheezing with fine crepitation both lung

#### **Heart:**

normal S1&S2, no murmur

#### **Abdomen:**

No hepato-splenomegaly

**Ext:** chronic eczematous lesion on both legs

#### **CBC :**

Hb 9.3 g/dL, Hct 28.4%, WBC 13,720/mcL, N 34%, L 42%, M 4%, E 20%, Plt 296,000/mcL

ESR 34 mm/hr

DCT positive 4+ , ASO titer -negative, FANA- neg, Rheumatoid factor- neg

C3 level 1,141 ug/ml (750-1,400), ANCA-negative

Ig G 1.870 mg/dL

IgA 156 mg/dL

IgM 144 mg/dL

IgE 142 IU/mL

**LFT:** ALP 84 U/L, SGOT 64 U/L, SGPT 126 U/L, TP 81G/L, Alb 39.3G/L, LDH 341 U/L, TB 0.7 mg/dL, DB 0.2 mg/dl

#### **Immunoblot technique**

Serum Gnathostoma titer : positive 1: 50

**Toxocara titer:** negative

**Echocardiogram:** normal study

**EEG :** normal study

**HRCT:** Suggestion of airway disease with associated airspace disease at both lower lobes from either infectious or non-infectious process

A small calcific granulomatous at RUL

CT of paranasal sinuses: pansinusitis with suspicious of fungal infection at bilateral sphenoid sinuses

U/S abdomen: normal study

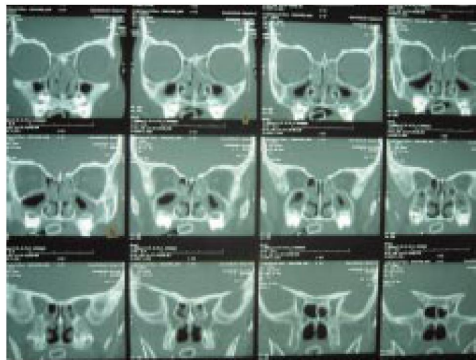
Skin biopsy : Herpes viral infection, thick epidermis with hyperkeratosis

predominant of blood eosinophils. The differential diagnosis of eosinophil-associated disorders includes

- Allergic disease: atopic related disease or medication related eosinophilia
- Infectious disease : parasitic infections
- Hematologic and neoplastic disorder : hyper-eosinophilic syndrome, leukemia
- Rheumatologic disease: Churg-strauss syndrome
- Immunologic reaction : specific immunodeficiency disease



Chest x-ray



CT of paranasal sinuses

**Problems list:**

- Recurrent wheezing
- Sinusitis
- Autoimmune hemolytic anemia
- Eosinophilia
- Gnathostomiasis

**Discussion:**

This patient had multi-organ involvement with

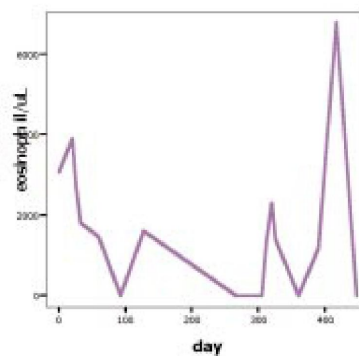
**Criteria for diagnosis of Churg-strauss syndrome**

≥ 4/6 criteria

1. Asthma
2. > 10% blood eosinophilia
3. Mononeuropathy or polyneuropathy
4. Nonfixed pulmonary infiltrates on chest radiograph
5. Paranasal sinus abnormalities
6. Extravascular eosinophils

The patient was diagnosed R/O Churg-strauss syndrome with AIHA.

She was treated with prednisolone 1 mg/kg/day and a 21-day of albendazole for treating Gnathostomiasis. The eosinophil count was gradually decreased to normal range during continuing oral prednisolone (Fig. 1) with the improvement of AIHA as well. She was investigated for confirming the diagnosis of Churg-strauss syndrome by opened-lung biopsy. The results showed bronchiolitis obliterans organizing pneumonia, and presence of non specific IgG, IgM, immunoreactivity along the endothelial layer.



Prednisolone 1 mg/kg/day → 0.66 mg/kg/day → off 1 mg/kg/day

**Figure 1** The eosinophils number during steroid therapy.

(BOOP) or cryptogenic organizing pneumonia (COP) was described in 1985 as a distinct entity, with different clinical, radiographic, and prognostic features than the airway disorder obliterative bronchiolitis and the interstitial fibrotic lung disorder usual interstitial pneumonia/idiopathic pulmonary fibrosis (UIP/IPF). Bronchiolitis obliterans is inflammation of the bronchioles with occlusion of the airways. In contrast, BOOP is characterized by the presence of buds of granulation tissue in the lumen of the distal pulmonary airspaces (alveoli and alveolar ducts). Buds of granulation tissue may also be present in the bronchiolar lumen (bronchiolitis obliterans). But bronchiolitis obliterans may not be present in as much as 70% of cases of BOOP. So the term of cryptogenic organizing pneumonia (COP) is currently preferred.

### Clinical manifestations

Men and women are equally affected and are usually aged 50 and 60 years. The onset of symptoms (fever, nonproductive cough, malaise, anorexia and weight loss) is usually subacute. Haemoptysis, bronchorrhea, chest pain, arthralgia and night sweats are uncommon. Dyspnea is usually mild. Symptoms develop over a few weeks (sometimes after a viral-like illness). At physical examination sparse crackles may be present. The diagnosis of BOOP is usually made only after 6 to 10 weeks, especially after the patient does not improve with antibiotics given for a possible infectious pneumonia.

### Imaging

The imaging features of BOOP are very characteristic in typical cases, and thus strongly suggest the diagnosis when consisting of multiple patchy alveolar opacities with a peripheral and bilateral distribution.

### Diagnosing BOOP

The diagnosis of BOOP relies on finding typical pathological and clinicoradiological features and the exclusion of any recognized cause or associated disorder.

### Classification of BOOP

#### Idiopathic BOOP

#### Rapidly progressive BOOP

#### Focal nodular BOOP

**Post infection BOOP:** Chlamydia, Legionella and mycoplasma, adenovirus, cytomegalovirus and influenza virus, Malaria and pneumocystis, cryptococcus

**Drug-related BOOP:** bleomycin sulfate, gold, and methotrexate; antibiotics such as sulfasalazine, sulfamethoxypyridazine, cephalosporins, and amphotericin B

Rheumatologic or connective tissue disorders

BOOP: Lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, Sjogren's syndrome and Sweet's syndrome, polymyositis-dermatomyositis, scleroderma - progressive systemic sclerosis

ankylosing spondylitis, polymyalgia rheumatica, Behcet's syndrome

Immunological disorders BOOP: Common variable immunodeficiency, essential mixed cryoglobulinemia

#### Organ transplantation BOOP

#### Radiation therapy BOOP

#### Environmental exposures

### Treatment of BOOP

Prednisone, with its potent anti-inflammatory property, continues to be recommended as first-line treatment for patients with symptomatic and progressive disease. Patients with asymptomatic mass lesions or nonprogressive disease can be observed and treated at a later time if needed. The dosage is generally 1 mg/kg (60 mg/d) for 1 to 3 months, then 40 mg/d for 3 months, then 10 to 20 mg/d or every other day for a total of 1 year.

Acknowledgement: We thank the physicians and nursing teams, who contributed in taking care of the patient, from Maharaj Nakornratchasima hospital, and Professor Aroonwan Preutthipan and staffs of Pediatric Pulmonology Unit, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

### References

1. Weller PF. Eosinophilia and eosinophil-related disorders. In: Adkinson NF Jr, Yunginger JW, Bochner BS, Holgate ST, Simons FER. Allergy principal and practice, 6<sup>th</sup> ed. St Louis, Mosby; 2003: 105-26.
2. Epler GR. Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia. Arch Intern Med 2001; 161(2): 158-64
3. Epler GR, Colby TV, McLoud TC, Carrington CB, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. N Engl J Med 1985; 312: 152-158.
4. Colby TV. Bronchiolitis. Am J Clin Pathol 1998; 109: 101-109.
5. Cordier JF. Update on cryptogenic organising pneumonia (idiopathic bronchiolitis obliterans organising pneumonia) Swiss Med Wkly 2002; 132(41-42): 588-91.
6. Cordier JF. Organizing pneumonia Thorax 2000; 55: 318-28.



## กิจกรรมสมาคมโรคภูมิแพ้ และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย



การประชุมวิชาการประจำปี 2548 “Advance in Allergy and Immunology”  
วันที่ 6-7 ตุลาคม พ.ศ.2548 ณ โรงแรมลองบีช การ์เดน แอนด์ สปา จังหวัดชลบุรี



### “Workshop on Allergen Immunotherapy”

วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2548 ณ โรงแรมลองบีช การ์เดน แอนด์ สปา จังหวัดชลบุรี



### การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2549 “22<sup>nd</sup> National Congress on Allergy and Immunology 2006”

วันที่ 30-31 มีนาคม พ.ศ.2549 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ



งานวันภูมิแพ้โลก World Allergy Day 2006 “ภูมิแพ้ ทอบทืด มหันตภัยที่ใกล้ตัว”

วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2549 ณ ศูนย์การค้า สยามพารากอน



# Editorial.....



สวัสดีครับ ท่านสมาชิกสมาคมฯ และท่านผู้อ่านทุกท่าน

หายหน้าไปนานกับจุลสารของสมาคมฯ เนื่องจากหลายๆ ปัจจัย ทั้งบก.ท่านเดิมไปศึกษาต่อและการเปลี่ยนแปลงในสมาคมฯ ผมมารับหน้าที่บก.ตั้งแต่ฉบับนี้ ได้พยายามปรับปรุงเนื้อหาในจุลสารให้มีความหลากหลาย และมีเนื้อหาที่จะเป็นประโยชน์กับทุกท่าน โดยในฉบับนี้มีบทสัมภาษณ์พิเศษในโอกาสที่กำลังก้าวเข้าสู่ปีที่ 30 ของการรวมกลุ่มกันของ Allergy & Immunology ในเมืองไทย โดยได้รับเกียรติจาก ศ.เกียรติคุณ มนตรี ตูจันทา มาเล่าย้อนความหลังของการก่อตั้งสมาคมฯ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และมุมมองต่อสมาคมฯ ที่ อ.ศาดหวัง, Topic review & CME ได้รับความกรุณาจาก อ.กณิกา เขียนเรื่อง Ant Anaphylaxis, Interesting case “Hypereosinophilia” จากการเรียบเรียงของ พญ.วิภารัตน์ มนูญากร, และปิดท้ายด้วยคอลัมน์ใหม่ Pro & Cons โดย อ.วรวิชัย มาเปิดประเด็นที่น่าสนใจให้พวกเราใช้ความคิด และแลกเปลี่ยนมุมมองกัน

ขณะนี้เรามี website ของสมาคมฯ [www.immunologythai.org](http://www.immunologythai.org) โดยการดำเนินการของ อ.อภิชาติ และทีมงาน มีบทความวิชาการ กระดานข่าว ให้ post คำถามและแสดงความคิดเห็นได้ ขอเชิญชวนให้ทุกท่านใช้บริการนี้ได้

ปิดท้ายฉบับ ช่วง 3-4 เดือนนี้มีข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วย Asthma หรือ Anaphylaxis จากการถูกแมลงกัดต่อย ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพของเรา ผมคิดว่าเราน่าจะใช้โอกาสนี้ในการใช้ความรู้และความเป็นวิชาชีพ เพื่อทำให้สังคมรับรู้และตระหนักถึงปัญหา เพื่อจะได้มีแนวทางการดูแลและลดความรุนแรงของปัญหาเหล่านี้ ท่านผู้อ่านละครับ มีความเห็นอย่างไร แสดงความคิดเห็นได้ที่ [www.immunologythai.org](http://www.immunologythai.org) ของสมาคมฯ หรือ email มาที่ [aistnews@yahoo.com](mailto:aistnews@yahoo.com)

**วสุ กำชัยเสถียร**

บรรณาธิการ

**คณะผู้จัดทำ:** จุลสารสมาคมโรคภูมิแพ้ และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

**บรรณาธิการ:** น.พ.วสุ กำชัยเสถียร

**กองบรรณาธิการ:** นอ.หญิง กณิกา ภิรมย์รัตน์  
นพ.ไพศาล เลิศฤดีพร  
นพ.วรวิชัย เหลืองเวชการ

พญ.พรรณทิพา ฉัตรชาติรี  
นพ.อภิก แสงอาสากริยะ  
พญ.วิภารัตน์ มนูญากร