โครงการพัฒนาสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา (สรพ.)
สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร (สำนัก 8)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สุขภาวะพระสงฆ์ : การป้องกันและควบคุมโรค

สุขภาวะพระสงฆ์ :
การป้องกันและควบคุมโรค

พระราชสิทธิเวที ดร.
พระสุธีรัตนบัณฑิต รศ.ดร.
ดร. เบญจมาศ สุขสถิตย์
บรรณาธิการ

โครงการพัฒนาสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา (สรพ.)
สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค

พระราชสิทธิเวที ดร. และคณะ

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
2561

สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค

ที่ปรึกษา	พระราชปริยัติกวี ศ.ดร.	อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	พระราชวรเมธี รศ.ดร.	รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	พระราชวรมุนี รศ.ดร.	รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	รศ.ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์	คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ทรงคุณวุฒิ	รศ.ศศิธร วรรณพงษ์	อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
บรรณาธิการ	พระราชสิทธิเวที ดร.	เจ้าคณะจังหวัดพิจิตร รักษาการผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์พิจิตร มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	พระสุธีรัตนบัณฑิต รศ.ดร.	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	อ.ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะผู้จัดทำ	พระราชสิทธิเวที ดร.	เจ้าคณะจังหวัดพิจิตร รักษาการผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์พิจิตร มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	พระสุธีรัตนบัณฑิต รศ.ดร.	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
	อ.ชมพูนุท สิงห์มณี	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
	อ.ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	อ.ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
	ผศ.พญ.นิพาวรรณ ไวศยะนันท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	อ.ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	อ.ภทพร บวรทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
	ผศ.ดร.ภญ.ภูริดา เวียนทอง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะผู้จัดทำ (ต่อ)

อ.พญ.รุจิรา รุจิเวชพงศธร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อ.วโรดม เสมอเชื้อ	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
นพ.สมบูรณ์ จีนาพงษา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร
ผศ.นพ.สุรัตน์ ตันประเวช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2562
จำนวนที่พิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 1,000 เล่ม
ออกแบบปก นางสาวรติภัทร ไตรพรพัฒนา
จัดพิมพ์โดย นิติธรรมการพิมพ์
76/251-3 หมู่ที่ 15 ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
โทร.02 403 4567, 02 449 2525
E-mail: niti2512@hotmail.com

โครงการพัฒนาสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา
สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
อาคารสำนักหอสมุดและเทคโนโลยีสารสนเทศ ชั้น 3
เลขที่ 79 หมู่ที่ 1 ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13170
โทรศัพท์ 035-248-093

ข้อมูลทางบรรณานุกรม
พระราชสิทธิเวที และคณะ
สุขภาวะพระสงฆ์ : การป้องกันและควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : นิติธรรมการพิมพ์. 174 หน้า.
1. สุขภาวะพระสงฆ์ I. ชื่อเรื่อง.

ISBN : 978-616-300-552-6

สารบัญ

บทบรรณาธิการ ก

สารบัญ ค

การสร้างเสริมสุขภาวะและการป้องกันโรคในพระสงฆ์ 1

ภาวะไขมันในเลือดสูง 15

โรคความดันโลหิตสูง 26

โรคเบาหวาน 36

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 50

โรคไตเรื้อรัง 71

โรคของกระดูกและข้อ 81

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 92

โรคหลอดเลือดหัวใจ 100

ภาวะหัวใจล้มเหลว 111

โรคหลอดเลือดสมอง 122

อาหารเป็นพิษ 127

โรคตับอักเสบจากไวรัส 133

โรคผิวหนังที่พบได้บ่อย 140

หลักการใช้ยาสำหรับพระสงฆ์ 152

สุขภาวะองค์รวมกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ 162

บทบรรณาธิการ

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มีพันธกิจสำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนาองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาให้ได้รับการเผยแผ่ตลอดจนการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาจิตใจและสังคม การส่งเสริมให้เป้าหมายดังกล่าวสัมฤทธิ์ผลได้ถูกบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ อาทิ การพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่ให้พัฒนาการวิจัยพื้นฐานทางพระพุทธศาสนา การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาชุดโครงการวิจัยที่มีศักยภาพบูรณาการข้ามสหสาขาวิชาโดยมีพระพุทธศาสนาเป็นแกนกลางของการเชื่อมโยงองค์ความรู้ รวมทั้งการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระดับชาติและนานาชาติ เพื่อพัฒนาผลงานวิจัยที่สามารถนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางความคิดและนวัตกรรมเชิงสังคมรูปแบบต่างๆ สำหรับการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายตามที่กล่าวไปข้างต้น สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ ได้ร่วมมือกับสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนิน **“โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา (สรพ.)”** เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาสนองงานคณะสงฆ์และการพัฒนาสังคม ตลอดจนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับพื้นที่การเรียนรู้สุขภาวะตามแนวพระพุทธศาสนา จนเกิดผลงานที่เป็นรูปธรรมขึ้นหลายประการ

การดำเนินงานศึกษาจนเกิดเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญชิ้นหนึ่งจาก “โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา (สรพ.)” คือการถอดบทเรียนและสังเคราะห์ชุดความรู้ **“สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค”** ซึ่งมีพระราชสิทธิเวที, ดร. เจ้าคณะจังหวัดพิจิตรและรักษาการผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์พิจิตร และอาจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นนักวิจัยและผู้บริหารโครงการที่ช่วยผลักดันให้การดำเนินงานทางวิชาการและกระบวนการถอดบทเรียนลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้ภาพรวมของการนำเสนอผลงาน“สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค” ถือเป็นการบูรณาการเพื่อยกระดับการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกัน และดูแลรักษาโรคที่เกิดขึ้นในกลุ่มพระสงฆ์ได้เป็นอย่างดี

เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์คือการสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญาและการตระหนักถึงพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว การที่ผลงานชิ้นนี้เริ่มต้นนำเสนอเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะและการป้องกันโรคในพระสงฆ์ โดยพระราชสิทธิเวที จึงถือเป็นการวางพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาวะตามแนวพระพุทธศาสนา ต่อจากนั้นผู้ทรงคุณวุฒิ

ตามสาขาต่างๆ ได้เรียบเรียงการทำความเข้าใจความหมายและลักษณะพื้นฐานของโรคชนิดต่างๆ สาเหตุเชิงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาพื้นฐานครอบคลุมโรคที่พบได้บ่อยในพระสงฆ์ ซึ่งถือเป็นการรวบรวมและสังเคราะห์ให้พระสงฆ์ หรือฆราวาสที่สนใจจะส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้เข้าใจโดยง่าย การพัฒนาความรู้ชิ้นนี้จึงเป็นพื้นฐานทางการสาธารณสุขที่สามารถสนองตอบต่อปัญหาหรือการสร้างแนวทางการพัฒนาสุขภาวะพระสงฆ์อย่างยั่งยืนได้เป็นอย่างดี

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ขอขอบพระคุณพระราชสิทธิเวที เจ้าคณะจังหวัดพิจิตรและรักษาการผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์พิจิตร เป็นอย่างสูงที่ได้ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาผลงานวิจัยที่สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้ไปสู่การพัฒนาสุขภาวะพระสงฆ์อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันขออนุโมทนาสัมมาทิฐิของนักวิชาการและนักวิจัยที่ได้สละเวลาร่วมพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐาน เพื่อให้พระสงฆ์มีความรู้และเข้าใจแนวทางการป้องกันโรคที่พบได้บ่อย ถือเป็นกลุ่มบุคลากรที่น่าชื่นชมและเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาวะของพุทธศาสนทายาทในอนาคตต่อไป ในนามของผู้บริหารโครงการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา (สรพ.) และสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ต้องขออนุโมทนาขอบคุณสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการศึกษาวิจัย และกระบวนการพัฒนาองค์กรพระพุทธศาสนาอย่างยั่งยืนมาโดยตลอด ขอความสุขสวัสดิ์จงเกิดขึ้นแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนสนับสนุนและมีส่วนต่อการพัฒนาองค์ความรู้ชิ้นนี้ด้วยเทอญ

พระราชสิทธิเวที ดร.
พระสุธีรัตนบัณฑิต รศ.ดร.
อ.ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์

บรรณาธิการ

การสร้างเสริมสุขภาวะและการป้องกันโรคในพระสงฆ์

พระราชสิทธิเวที ดร.
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พิจิตร

การพัฒนาสุขภาวะในพระสงฆ์เป็นประเด็นที่สำคัญและเร่งด่วนเนื่องจากในปัจจุบันจำนวนพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง เกาต์ ไตวาย เป็นต้น[1] จากสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ ในปี 2558 พบว่า 5 อันดับโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มพระสงฆ์ ได้แก่ 1) โรคเมตาบอลิซึมและไขมันในเลือดผิดปกติ 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคเบาหวาน 4) โรคไตวายหรือไตล้มเหลว และ 5) โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งล้วนแล้วแต่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยสาเหตุหลักที่ทำให้พระสงฆ์มีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาก เนื่องมาจากพระสงฆ์บริโภคอาหารที่ญาติโยมถวายซึ่งมีแป้งและน้ำตาลเป็นจำนวนมาก รวมถึงพระสงฆ์มีข้อจำกัดในการออกกำลังทางกาย ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมบางอย่างเช่นฆราวาสได้ [2]

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในพระสงฆ์ สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม ได้ระบุในมติที่ 191/2560 เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะขึ้น โดยมีเป้าหมายหลัก 3 ประการของคณะทำงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ ได้แก่ 1) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย 2) ชุมชนและสังคมกับการดูแลอุปัฐฐากพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และ 3) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม โดยมีหลักการสำคัญคือการใช้ทางธรรมนำทางโลก รวมถึงมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย ถึงแม้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นหลัก แต่เมื่อพิจารณาในกรณีของพระสงฆ์โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคพบว่าสาเหตุที่มีความสำคัญประการหนึ่งได้แก่พุทธศาสนิกชนที่ทำอาหารมาถวายแก่พระสงฆ์ การรณรงค์ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

---

[1] โรงพยาบาลสงฆ์, “โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร ทั่วประเทศ”, <http://www.priest-hospital.go.th/healthCareforMonk/>, 2560.

[2] มติชนออนไลน์, “เผย 5 โรคที่ ‘พระสงฆ์ไทยเกินครึ่ง’ อาพาธ! ญาติโยมมีส่วนตักบาตรไม่ถาม(สุขภาพ) พระ”, <https://www.matichon.co.th/news/212144>, 2559.

ตระหนักและร่วมมือกันในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก จึงได้มีการประชาพิจารณ์เพื่อยกร่างธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 ซึ่งธรรมนูญระบบสุขภาพเจตจำนงและพันธะร่วมของสังคมหรือชุมชน เป็นข้อตกลงร่วมที่ไม่ใช่กฎหมาย ที่เป็นแนวทางวิถีปฏิบัติที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเห็นพ้องและร่วมสัญญาว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งสุขภาวะ

พระสงฆ์มีวินัยสงฆ์ หรือพระวินัย ซึ่งเป็นกฎหมายของพระภิกษุ ในการควบคุมความประพฤติ การปฏิบัติที่จำเพาะ มีจริยวัตร หรือหน้าที่ที่พึงประพฤติปฏิบัติ รวมถึงมีกิจวัตรที่ควรปฏิบัติให้สมควรแห่งสมณสารูปแห่งตนที่เฉพาะแตกต่างจากคฤหัสถ์ การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาวะของพระสงฆ์จึงเป็นประเด็นที่สำคัญและมีประโยชน์ เนื่องจากพระสงฆ์จะทราบถึงพระวินัย จริยวัตร และกิจวัตรที่มีความจำเพาะและสามารถให้คำแนะนำแก่พระสงฆ์ในการส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีภายใต้บริบทที่มีความเฉพาะเจาะจง ภายใต้การร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งพระสังฆาธิการ พระสงฆ์ บุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้เลื่อมใสในพระพุทธศาสนาเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์เหมาะสม มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

สุขภาวะ

สุขภาพและสุขภาวะเป็นคำที่มีการใช้แทนที่ในความหมายที่คล้ายคลึงกัน[3] ในพระไตรปิฎกเล่มที่ 25 สุตตันตปิฎกที่ 17 ธรรมบท ได้กล่าวถึง “อาโรคฺยปรมา ลาภา” แปลความได้ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอย่างยิ่ง” สะท้อนให้เห็นถึงว่าหลักธรรมในพุทธศาสนาให้ความสำคัญกับสุขภาวะว่าเป็นสิ่งที่ดีงามและสำคัญ

ในปี ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลกให้นิยามของ “สุขภาพ” ว่า “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” จากนิยามดังกล่าว สุขภาวะ จึงหมายถึงภาวะที่มีความสุขพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงแค่การไม่มีโรคเท่านั้น[4] ในส่วนของพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554[5] ให้นิยาม “สุขภาพ” ว่าเป็นภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

---

[3] พินิจ ลาภธนานนท์, **สุขภาวะของพระสงฆ์ปี 2555**, (กรุงเทพ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์, 2557), หน้า 15.

[4] World Health Organization, “WHO definition of health”,.<http://www.who.int/about/definition/en/ print.html>, 2014.

[5] ราชบัณฑิตยสถาน, “พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554”, <http://www.royin.go.th/dictionary/>, 2554.

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถพัฒนาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการดำรงไว้ ส่งเสริมสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค ผ่านวิธีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิต และสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการด้วยกัน ได้แก่ [6]

1. การมีความรับผิดชอบต่อตนเอง พระสงฆ์ควรรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ดูแลชีวิตของตน จึงควรที่จะสามารถประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี

2. การตระหนักถึงภาวะโภชนาการ เนื่องจากพฤติกรรมการฉันอาหารมีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย

3. การลดและการจัดการความเครียด เนื่องจากความเครียดจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพได้

4. ความแข็งแรงของร่างกาย การมีกิจกรรมทางกาย หรือ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี เนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายส่งเสริมการทำหน้าที่ของการไหลเวียนของโลหิตและปอด ลดระดับคอเลสเตอรอลและไขมันร้าย (แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล) เพิ่มไขมันดี (เอชดีแอล-คอเลสเตอรอล) ลดน้ำหนัก ชะลอการเสื่อมของร่างกาย เช่น ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

การป้องกันภาวะเสี่ยง สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่[7]

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค เช่น รณรงค์ให้ไม่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ รณรงค์ให้มีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มอาการอ้วนลงพุง

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายประจำปี ตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก รวมถึงรับบริการการรักษาดูแลตั้งแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงการดูแลเพื่อชะลอการดำเนินของโรค

---

[6] Op. cit., **Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 12th ed**.

[7] Op. cit., **Fundamentals of health promotion for nurses** 2nd ed, p.4-20.

เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจน้ำตาลในพระสงฆ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีเพื่อคัดกรองเบาหวาน

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เน้นที่การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการจากโรค ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น พระสงฆ์จึงควรเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อประเมินสุขภาวะและคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้ [8]

1. การประเมินสุขภาวะและคัดกรองโรค

1.1 การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นก่อนมีอาการและอาการแสดงของโรค

1.2 การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินการได้ยิน

1.3 การประเมินการมองเห็น ควรตรวจทุก 2-3 ปี สำหรับพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีควรประเมินต้อกระจก และประเมินซ้ำทุก 2-3 ปี จนอายุ 70 ปี จากนั้นประเมินซ้ำทุกปี

1.4 การตรวจสุขภาพฟัน ทุก 6 เดือน

1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเม็ดเลือด การตรวจไขมันในเลือด การตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด ซึ่งควรเริ่มตรวจครั้งแรกขณะอายุประมาณ 20 ปีเพื่อเป็นพื้นฐาน จากนั้นความถี่ในการตรวจจะขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและพระสงฆ์

1.6 การตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ ควรเริ่มตรวจครั้งแรกเมื่ออายุ 40 ปี ความถี่หลังจากนั้นขึ้นอยู่กับผลการตรวจ

1.7 การตรวจความดันโลหิต เป็นประจำทุกปี ความถี่จากนั้นขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิตที่ประเมินได้

1.8 การคัดกรองมะเร็งของลำไส้

---

[8] Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. **Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (12th ed)**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

1.9 การคัดกรองวัณโรค ควรทำอย่างน้อยทุก 2 ปี หากได้ผลเป็นบวก ควรได้รับการถ่ายภาพรังสีของปอดในการคัดกรองซ้ำ

1.10 การตรวจเฉพาะในเพศชาย: 1) การตรวจอัณฑะด้วยตนเอง 2) การตรวจต่อมลูกหมากทุกปี 3) การตรวจคัดกรองมะเร็งของต่อมลูกหมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

2. การได้รับภูมิคุ้มกัน: วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่องค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์สุขภาวะของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร

ในการศึกษาครั้งนี้ สุขภาวะ หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลักภาวนา 4 ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายตามหลักกายภาวนา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตตามหลักจิตภาวนา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางสังคมตามหลักสีลภาวนา และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพปัญญาตามหลักปัญญาภาวนาอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทและศักยภาพของแต่ละบุคคล

การสำรวจสถานการณ์สุขภาวะครั้งนี้ ทำการสำรวจในพระสงฆ์จำนวน 379 รูป มีอายุตั้งแต่ 20-84 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.59 (*SD* = 16.40) โดยมีพรรษาระหว่าง น้อยกว่า 1 พรรษา ถึง 60 พรรษา โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 10.27 พรรษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.07) ดำรงตำแหน่งพระลูกวัด ร้อยละ 37.50 สำเร็จการศึกษาทางโลกสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.58 สำเร็จการศึกษาทางธรรมในระดับนักธรรมชั้นเอก มีเพียงร้อยละ 9.67 ที่ศึกษาบาลี

สถานการณ์สุขภาวะทางกาย (กายภาวนา)

เมื่อมีอาการไม่สุขสบายหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.64 ซื้อยามาฉันเอง ในขณะที่ร้อยละ 9.03 ปล่อยให้หายเอง

เมื่อประเมินน้ำหนักตัวและส่วนสูงแล้วนำมาคำนวณหาดัชนีมวลกายซึ่ง องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับค่าดัชนีมวลกายโดยมีจุดตัดสำหรับประชากรเอเชียที่ 23 กก./ม.^{2} ว่าเป็นภาวะน้ำหนักเกิน และมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.^{2} ว่าเป็นภาวะอ้วน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 20.55 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 43.49 มีภาวะอ้วน สำหรับภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.21 ของพระสงฆ์มีความยาวเส้นรอบเอว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรซึ่งถือว่ามีภาวะอ้วนลงพุง

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลตามการรับรู้ของพระสงฆ์ พบว่า ร้อยละ 6.88 ของพระสงฆ์รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.08 รู้ว่าเป็นเบาหวาน และร้อยละ 5.82 รู้ว่ามีคอเลสเตอรอลรวมสูงกว่าปกติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ร้อยละของพระสงฆ์ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากกว่าร้อยละตามการรับรู้ โดย ร้อยละ 42.09 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.96 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 12.58 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.71 มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 32.01 มีคอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 14.33 มีเอชดีแอล-คอเลสเตอรอลผิดปกติ ในขณะที่ร้อยละ 30.28 มีแอลดีแอล-คอเลสเตอรอลผิดปกติ และร้อยละ 22.56 มีไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ ร้อยละ 34.19 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.76 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 11.76 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.61 มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สุขภาวะทางกายของพระสงฆ์ (N=257)

สุขภาวะทางกาย	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	**ร้อยละ**
สุขภาวะตามการรับรู้ของพระสงฆ์		
ความดันโลหิตสูง		
รับรู้	51	13.49
รับประทานยาเพื่อรักษา	50	13.23
เบาหวาน		
รับรู้	26	6.88
รับประทานยาเพื่อรักษา	17	6.08
คอเลสเตอรอลรวมเพิ่ม		
รับรู้	25	5.82
รับประทานยาเพื่อรักษา	21	4.50
ภาวะจากการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
ดัชนีมวลกาย		
มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย $\geq$ 23 กก./ม.^{2})	60	20.55
มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย $\geq$ 25 กก./ม.^{2})	127	43.49

สุขภาวะทางกาย	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอว $\geq$ 90 เซนติเมตร)	109	39.21
โรคความดันโลหิตสูง	117	42.39
ระดับน้ำตาลเมื่องดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง		
ระดับน้ำตาลสูงผิดปกติ	39	11.96
ระดับน้ำตาลสูงเข้าเกณฑ์โรคเบาหวาน	41	12.58
ไขมันในเลือด		
คอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ (≥240 มก./ดล.)	105	32.01
เอชดีแอล-คอเลสเตอรอลต่ำกว่าปกติ (< 40)	47	14.33
แอลดีแอล-คอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ (≥160)	99	32.01
ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติ (≥200)	74	22.56
การทำงานของไตลดลง (ระดับคริเอตินินในเลือดสูงกว่าปกติ)	22	6.71

สุขภาวะทางจิตในพระสงฆ์ (จิตภาวนา)

จากการประเมินภาวะสุขภาวะทางจิตในพระสงฆ์โดยการใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป พบว่า ร้อยละ 10.66 ของพระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิต โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-27 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.94 (*SD* = 4.16) โดยการเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาการทางกาย ความบกพร่องทางสังคม อาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ และ อาการซึมเศร้าที่รุนแรง โดยมีรายละเอียดในแต่ละข้อคำถามดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สุขภาวะทางจิตของพระสงฆ์

สุขภาวะทางจิต	จำนวนที่ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละที่พบการเปลี่ยนแปลง
อาการทางกาย		
รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	274	10.95
รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	273	11.72
รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	273	12.09
รู้สึกไม่สบาย	273	11.36
เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	273	12.45
รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	273	10.99
มีอาการวูบร้อนหรือหนาว	271	7.75
อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ		
นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	274	9.85
ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	273	11.36
รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	272	5.88
รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี	272	6.62
รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	273	3.30
รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทับถมจนรับไม่ไหว	271	4.06
รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	274	3.33
ความบกพร่องทางสังคม		
หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	271	4.43
ทำอะไรช้ากว่าปกติ	270	14.81
รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	268	7.46
พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	271	5.90
รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	268	3.36
รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	271	4.80
สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	271	5.17
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง		
คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	272	4.04
รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	272	2.58

สุขภาวะทางจิต	จำนวนที่ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละที่พบการเปลี่ยนแปลง
รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	272	3.31
คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง	271	4.43
รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	272	3.68
พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ	272	3.68
พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ	271	4.06
พระสงฆ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิต (≥6 คะแนน)	272	10.66

สุขภาวะทางสังคม (สีลภาวนา)

สุขภาวะทางสังคมของพระสงฆ์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 38.07 (*SD* = 5.95) โดยประเด็นที่พบอยู่ในระดับสูงมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) คนในชุมชนรอบ ๆ วัดไม่มีความขัดแย้ง มีความสามัคคี 2) ภายในบริเวณพื้นที่วัด ได้ให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมทางศาสนา/ สังคม ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม 3) ท่านรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในวัด 3) คนในชุมชนรอบ ๆ วัดไม่มีความขัดแย้ง มีความสามัคคี และ 4) ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในวัดและชุมชนรอบ ๆ วัด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สุขภาวะทางสังคมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร

สุขภาวะทางสังคม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ท่านรับฟังและให้การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นที่แตกต่างจากท่าน	270	2.68	0.77	ปานกลาง
สมาชิกในวัดมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ไม่มีความขัดแย้งกัน	273	2.76	0.94	ปานกลาง
พระสงฆ์ในวัดมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน	274	2.53	0.81	ปานกลาง
ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในวัด	273	3.12	0.76	สูง
หากท่านป่วยหนัก จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากทางวัด ญาติโยม และ/หรือ อุบาสก อุบาสิกา	274	2.83	0.88	ปานกลาง
ท่านมีโยมอุปัฏฐากที่คอยช่วยเหลือท่าน ในยามที่ต้องการ	270	2.58	0.92	ปานกลาง
ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในวัดและชุมชนรอบ ๆ วัด	273	3.04	0.65	สูง
ท่านใส่ใจในทุกข์สุขของคนในชุมชน	274	2.82	0.69	ปานกลาง
ท่านมีศาสนสงเคราะห์ หรือกิจนิมนต์ร่วมกับชุมชน	272	2.79	0.72	ปานกลาง
ท่านมีโอกาสเข้าร่วมในการแก้ไขปัญหาภายในวัดและภายในชุมชน	273	2.51	0.78	ปานกลาง
ท่านสามารถช่วยเหลือคนอื่น ๆ ในยามที่เขาต้องการ	273	2.71	0.66	ปานกลาง
ที่ผ่านมา ท่านได้ทำสิ่งดีงามให้แก่ส่วนรวมหลายอย่าง	271	2.81	0.72	ปานกลาง

สุขภาวะทางสังคม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
คนในชุมชนรอบ ๆ วัดไม่มีความขัดแย้ง มีความสามัคคี	272	3.23	0.81	สูง
ภายในบริเวณพื้นที่วัด ได้ให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมทางศาสนา/ สังคม ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม	272	3.13	0.68	สูง

สุขภาวะทางปัญญา (ปัญญาภาวนา)

สุขภาวะทางปัญญาของพระสงฆ์โดยภายรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 37.17 (*SD* = 5.37) ในส่วนของประเด็นย่อย พบว่า ประเด็นที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ 1) ท่านไม่ตัดสินคนอื่นว่าถูกหรือผิดอย่างรวดเร็ว 2) ท่านไม่รู้สึกไม่พอใจเมื่อคนรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ท่านต้องการ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สุขภาวะทางปัญญาของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร

สุขภาวะทางปัญญา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ท่านมักจะหาโอกาสถ่ายทอดความรู้หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพระสงฆ์และญาติโยมเสมอ ๆ	273	2.72	0.75	ปานกลาง
ท่านสามารถสอนหรืออธิบายถึงวิธีการเจริญสติให้ญาติโยมปฏิบัติตามได้	275	2.43	0.78	ปานกลาง
ท่านมีความรอบรู้ รู้เท่าทันสรรพสิ่งต่าง ๆ เช่น รู้เท่าทันปัญหา รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม	274	2.50	0.71	ปานกลาง
ท่านพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาต่าง ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา	274	2.65	0.70	ปานกลาง

สุขภาวะทางปัญญา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุของความไม่สบายใจ และหาวิธีแก้ไขสาเหตุ	274	2.68	0.75	ปานกลาง
ท่านมองว่าทุกปัญหาเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิด	273	2.82	0.70	ปานกลาง
ท่านไม่รู้สึกสับสน วุ่นวายใจ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	274	2.99	0.77	ปานกลาง
ท่านไม่ใส่ใจว่าอารมณ์ของท่าน มีผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของท่าน	274	2.30	0.83	ปานกลาง
ท่านไม่รู้สึกไม่พอใจเมื่อคนรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ท่านต้องการ	273	3.11	0.72	สูง
ท่านไม่ตัดสินคนอื่นว่าถูกหรือผิดอย่างรวดเร็ว	274	3.27	0.76	สูง
ท่านคอยสังเกตสภาวะหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับกายและใจอยู่เนือง ๆ	273	2.55	0.84	ปานกลาง
เมื่อท่านมีความคิดหรือจินตนาการที่น่าเศร้า ท่านเพียงสังเกตและปล่อยให้มันผ่านไป	272	2.26	0.91	ปานกลาง
ท่านรู้สึกว่าความทุกข์คือการยึดมั่นในกายและใจของตนเอง	272	2.29	0.95	ปานกลาง
ท่านเจริญสติจนตั้งมั่น ไม่ไขว้เขวกับสิ่งยั่วยุทั้งหลาย	274	2.60	0.82	ปานกลาง

จากการสำรวจจะเห็นได้ว่า พระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะ โดยเฉพาะสุขภาวะทางกาย สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ที่พบได้สูงกว่าประชากรชายไทย ดังนั้นภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรร่วมมือกันในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมเอาศักยภาพของภาคีเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะให้ครอบคลุม เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. “การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion),”<http://203.157.7.150/frontend/theme/view_general_data.php? ID_Menu=3820&Init=Set&Init_Chk=0>, 23 กรกฎาคม, 2557.

พินิจ ลาภธนานนท์. **สุขภาวะของพระสงฆ์ปี 2555**. กรุงเทพ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์, 2557.

ราชบัณฑิตยสถาน. “พจนานุกรรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554”, <http://www.royin.go.th/dictionary/>, 2554.

Anonymous. **Declaration of Alma-Ata. The Lancet.** (November 1978): 1040-1041.

Daniels, R., & Nicoll, L. **Contemporary medical surgical nursing.** New York: Delmar Cengage Learning, 2012.

LeMone, P., & Burke, K. **Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care (4th ed.).** New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008.

Saan, H., & Wise, M. “Enable, mediate, advocate”, **Health Promotion International**, Vol.26 No.2 (2011): 187-193.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. **Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (12th ed)**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Tountas, Y. “The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine”, **Health promotion international**, Vol.24 No.2. (2009): 185-192.

Williams, L. S. “Developmental considerations in the nursing care of adults”, **Understanding medical surgical nursing 4th ed.**, 2011.

Wills, J. **Fundamentals of health promotion for nurses** (2nd ed.). UK: Wiley Blackwell, 2014.

World Health Organization. “WHO definition of health”, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 23 July 2014.

วัดท่าหลวง
พระอารามหลวง

ภาวะไขมันในเลือดสูง

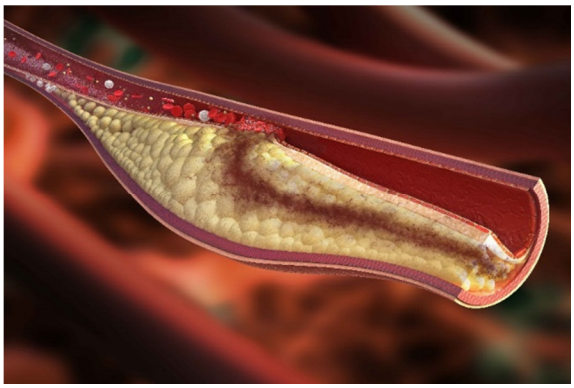
ผศ.พญ.นิพาวรรณ ไวศยะนันท์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากทั้งในประชากรไทยและประชากรทั่วโลก โรคนี้เป็นภัยเงียบ เนื่องจากเป็นโรคที่ค่อยๆ เกิดขึ้น ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ให้สังเกต แต่หากไม่ทำการรักษาเพื่อให้ระดับไขมันลดลงสู่ระดับที่ควรจะเป็น ผลเสียคือเกิดภาวะเส้นเลือดอุดตันซึ่งเรียกรวมว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต) โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคเส้นเลือดที่ขาตีบตัน เมื่อเป็นแล้วมักจะทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก และอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้

ชนิดของไขมันในเลือด

คอเลสเตอรอล เป็นไขมันชนิดหนึ่งที่ร่างกายสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้เองจากตับ (ส่วนมาก) หรือได้รับจากอาหารที่รับประทานเข้าไป (ส่วนน้อย) อาหารที่มาจากพืชจะไม่พบคอเลสเตอรอล คอเลสเตอรอลในเลือดมีหลายชนิด แต่ที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ คอเลสเตอรอลชนิดเลว หรือ แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล (LDL-C) และ คอเลสเตอรอลชนิดดี หรือ เอชดีแอล-คอเลสเตอรอล (HDL-C) คอเลสเตอรอลมีความสำคัญต่อร่างกายเพราะเป็นส่วนประกอบของเซลล์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์สมอง แต่หากมีคอเลสเตอรอลโดยเฉพาะคอเลสเตอรอลชนิดเลวมากเกินไป ก็จะแทรกสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย เช่น หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผนังเส้นเลือดแข็งและหลอดเลือดตีบตันดังรูปที่ 1 ซึ่งจะเกิดช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปริมาณคอเลสเตอรอลและปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น

ไตรกลีเซอไรด์ เป็นไขมันในเลือดอีกชนิดหนึ่งซึ่งสัมพันธ์กับอาหารที่รับประทานเข้าไป เช่น หมูสามชั้น ไขมันสัตว์ เนย น้ำมัน กะทิ แอลกอฮอล์ และอีกส่วนหนึ่งร่างกายสามารถสังเคราะห์ขึ้นเองจากตับเช่นกัน ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงอย่างเดียว หรือมีไตรกลีเซอไรด์สูงร่วมกับระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-C) ต่ำ (ซึ่งพบได้บ่อยในภาวะอ้วนลงพุง) มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเช่นกัน แต่สำคัญรองจากกลุ่มที่มีระดับคอเลสเตอรอลชนิดเลว (LDL-C) สูง



รูปที่ 1 แสดงการสะสมของคอเลสเตอรอลที่ผนังเส้นเลือดทำให้หลอดเลือดตีบตัน คัดลอกภาพจาก http://paolohospital.com/phahol/heart/dyslipidemia/ เมื่อ 12 กรกฎาคม 2561

ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด จำแนกได้หลายรูปแบบ โดยค่าที่ผิดปกติ แสดงในตารางที่ 1

1. ระดับคอเลสเตอรอลรวมสูง
2. ระดับคอเลสเตอรอลชนิดเลว (LDL-C) สูง
3. ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-C) ต่ำ
4. ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง
5. ระดับไขมันผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป[1]

[1]ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, **แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด, (กรุงเทพมหานคร**: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558), หน้า 29-42.

ตารางที่ 1 เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของระดับไขมันในเลือด[2]

ระดับไขมัน (มก./ ดล.)	ความหมาย
คอเลสเตอรอลชนิดเลว (LDL-C)	
< 100	เหมาะสม
100 – 129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม
130 – 159	ก้ำกึ่ง
160 – 189	สูง
≥ 190	สูงมาก
คอเลสเตอรอลรวม	
< 200	เหมาะสม
200 – 239	ก้ำกึ่ง
≥ 240	สูง
คอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-C)	
< 40	ต่ำ
≥ 60	สูง
ไตรกลีเซอไรด์	
< 150	เหมาะสม
150 – 199	ก้ำกึ่ง
200 – 499	สูง
≥ 500	สูงมาก

ดังนั้น คนปกติจะต้องมีค่าคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่า 200 มก./ดล. ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 มก./ดล. ไขมันชนิดดี (HDL) ควรมากกว่า 60 มก./ดล. ส่วนไขมันชนิดเลว (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 มก./ดล.

ข้อมูลของประเทศไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละ 43.8 มีระดับคอเลสเตอรอลรวม ≥ 200 มก./ดล. ร้อยละ 43.8 และร้อยละ 16.4 มีระดับไตรกรีเซอไรด์ ≥ 240 มก./ดล. ความชุก

[2] เรื่องเดียวกัน, หน้า 29-42.

ในผู้หญิงสูงกว่าของชาย ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-69 ปี และมีสัดส่วนของการไม่ได้รับวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 61.7[3]

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2561[4] พบว่าพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจมีผลเลือด ร้อยละ 67.1 มีคอเลสเตอรอลสูง (≥ 200 มก./ดล.) ซึ่งมากกว่าความชุกที่พบในชายไทยทั่วไป ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน ซึ่งปัจจุบันเป็นกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด[5] ดังนั้นผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงจึงมีโอกาสเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งส่งผลให้ทุพพลภาพหรือถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น ภาวะไขมันในเลือดสูงจึงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญอันหนึ่งของประเทศไทยและของสุขภาวะของพระสงฆ์

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดสูง

- กรรมพันธุ์
- การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์
- โรคของต่อมไร้ท่อบางชนิด เช่น เบาหวาน ธัยรอยด์ และโรคของต่อมหมวกไตบางอย่าง
- โรคตับ โรคไตบางชนิด
- ยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ฮอร์โมนเพศ (ยาคุมกำเนิด) เป็นต้น
- การตั้งครรภ์
- การดื่มแอลกอฮอล์
- ภาวะขาดการออกกำลังกาย

อาการและอาการแสดง

ภาวะไขมันในเลือดสูง มักไม่มีอาการใด ๆ บางรายอาจมีอาการปวดหรือเวียนศีรษะซึ่งไม่จำเพาะ บางรายมีอาการของตับอ่อนอักเสบจากไตรกลีเซอไรด์สูงมากกว่า 500 มก./ดล. บางรายมีปื้นหรือปุ่มปมสีเหลืองใต้ผิวหนังหรือตามแนวของเส้นเอ็นซึ่งเกิดจากโรค

---

[3] วิชัย เอกพลากร, **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5**, (สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557).

[4] พระราชสิทธิเวที, **สถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2561.** (พิจิตร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561).

[5] เยาวลักษณ์ ปรปักษ์ขาม, **โครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2551.** (กรุงเทพฯ จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์, 2552).

ไขมันสูงทางพันธุกรรม หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเส้นเลือดอุดตัน อาจมาด้วยอาการหัวใจขาดเลือดและหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หรืออัมพฤกษ์อัมพาตได้

การรักษา

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนอาหารและพฤติกรรมชีวิต
2. การรักษาโดยการใช้ยา

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

- ***การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ*** ไขมันในอาหารมีความหลากหลายทั้งในแง่ของชนิดและปริมาณ มีทั้งชนิดที่เป็นประโยชน์ เช่น กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า 3 และโอเมก้า 6 และไขมันชนิดที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น ไขมันอิ่มตัว และไขมันชนิดทรานส์ ดังนั้นการเลือกชนิดของอาหารควรประกอบด้วยไขมันที่เป็นประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันชนิดอันตราย นั่นคือ ควรบริโภคไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และคอเลสเตอรอลแต่น้อย บริโภคปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนยเป็นหลัก หากมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงด้วย ควรระวังอาหารพวกแป้ง น้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน ผลไม้รสหวานจัด หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ แอลกอฮอล์ ลดการบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น อาหารผัด ทอด เปลี่ยนเป็นการนึ่ง ต้ม ปิ้งย่างแทน หากทอดควรใช้น้ำมันจากพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน ควรเพิ่มผักใบต่าง ๆ และผลไม้บางชนิดที่ให้กากใยสูง เช่น คะน้า ฝรั่ง ส้ม เม็ดแมงลัก เพื่อให้ร่างกายได้รับกากใยมากขึ้น ช่วยในการดูดซึมไขมันเข้าสู่ร่างกายน้อยลง รายละเอียดของไขมันที่ควรบริโภคแต่น้อย ได้แก่

- กรดไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันสัตว์ น้ำมันจากสัตว์ ไข่แดง นม น้ำมันจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า อาหารที่มีส่วนประกอบของกรดไขมันชนิดนี้เพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดเลว จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ควรรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยไขมันอิ่มตัวมากกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน (น้ำมันสัตว์/ กะทิประมาณ 1.5 ช้อนโต๊ะ หรือไขมันสัตว์ประมาณ 15-20 กรัม)[56] ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมันและเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง เนื่องจากมีพลังงานสูงและไขมันอิ่มตัวสูง

---

[6] Astrup A, Dyerberg J, Elwood P, Hermansen K, Hu FB, Jakobsen MU, et al. The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular

- กรดไขมันชนิดทรานส์ ไขมันชนิดนี้เกิดจากการผ่านกรรมวิธีทางเคมีให้มีความคงตัวดีขึ้น ไม่เป็นไข ไม่มีกลิ่นหืน และทนความร้อนสูงได้ จึงมักใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร ไขมันแปรรูปดังกล่าว ได้แก่ เนยเทียม มาการีน เนยขาว พบมากในอาหารจำพวกเบเกอรี่ ขนมอบ คุกกี้ โดนัท ครีมเทียม อาหารจานด่วน อาหารทอดกรอบ ไขมันทรานส์เพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดเลวและลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอย่างมาก[7] จนได้ชื่อว่าเป็นที่สุดของไขมันอันตราย ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์ หรือไม่ควรเกิน 1% ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน

- คอเลสเตอรอล คอเลสเตอรอลจะได้จากสัตว์หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์เท่านั้น กลุ่มอาหารที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลสูงสุดคือ เครื่องในสัตว์ เช่น สมอง ตับ รองลงมาคือ ไข่แดง กลุ่มถัดมาคือ เนย เนยแข็ง นม อาหารทะเล หอยนางรม ปลาหมึก กุ้ง (ยกเว้นปลา) หนังสัตว์ เช่น หนังเป็ด หนังไก่ กลุ่มสุดท้ายคือ มันจากสัตว์ และเนื้อสัตว์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณคอเลสเตอรอลในอาหารบางชนิด[8]

อาหาร	ปริมาณ	คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)	อาหาร	ปริมาณ	คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
ไข่ทั้งฟอง	1 ฟอง	214	ปลาน้ำจืด	1 ชต.	8-14
ไข่ขาว	1 ฟอง	0	ปลาทะเล	1 ชต	7-11
ไข่แดง	1 ฟอง	188	เนื้อกุ้งสด	1 ชต.	23-31
ไข่สัตว์น้ำ	1 ชต.	29-142	เนื้อปูสด	1 ชต.	9
ตับไก่	1 ชต.	57	เนื้อปลาหมึกสด	1 ชต.	26-61
ตับหมู	1 ชต.	62	หอยนางรม	1 ตัว	12
เครื่องในสัตว์	1 ชต.	30-60	หอยแครง	1ตัว	10
เนื้อไก่ (น่อง)	1 ชต.	15	เนยแข็ง	1 แผ่น	94
เนื้อไก่ (อก)	1 ชต.	9	เนย	1 ชต.	22

disease: where does the evidence stand in 2010? **Am J Clin Nutr.** Vol 93 No. 4 (2011): 684-8.

[7] Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. “Trans fatty acids and cardiovascular disease”**, N Engl J Med.** (13 April 2006): 1601-1603.

[8] กรมอนามัย, **คลอเรสเตอรอลและกรดไขมันในอาหารไทย.** (กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2557).

อาหาร	ปริมาณ	คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)	อาหาร	ปริมาณ	คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
เนื้อวัวไม่ติดมัน	1 ชต.	11	น้ำสลัด	1 ชต.	54
เนื้อหมูไม่ติดมัน	1 ชต.	7	นมสด	1 กล่อง	34
น้ำมันหมู	1 ชต.	9	ผัก ผลไม้	1 ชต.	0

- ***การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย*** การออกกำลังกาย จะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือดและเพิ่มระดับของคอเลสเตอรอลชนิดดี ควรทำอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที การออกกำลังกายที่ดี เช่น การเดินเร็ว

- ***การหยุดสูบบุหรี่*** แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีลดลง และยังเป็นความเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

- ***การควบคุมน้ำหนัก*** เพราะภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือมีไขมันในช่องท้องมากเกิน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับซึ่งพบบ่อยในคนอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงทวีคูณกับไขมันในเลือดสูงให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

- ***ปรึกษาแพทย์และติดตามผล*** เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความผิดปกติของไขมันในเลือดจะพบมากขึ้น บางระยะอาจต้องใช้ยาช่วยปรับระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้แนะนำและติดตามผลการรักษาต่อไป

การรักษาโดยการใช้ยา

ปัจจุบัน ยาลดไขมันไม่ได้ใช้เพื่อรักษาเพียงตัวเลขคอเลสเตอรอลอีกต่อไป แต่การให้ยาขึ้นกับผลการประเมินความเสี่ยงของบุคคลนั้นๆ ว่ามีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากเพียงใด โดยดูปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นนอกจากค่าไขมันในเลือดด้วย หากมีโอกาสเกิดโรคสูงหรือสูงมาก แม้ค่าคอเลสเตอรอลจะไม่สูงมาก แพทย์ก็จะพิจารณาให้ยาลดไขมันแล้ว ซึ่งเรียกว่า “ยาลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด” นั่นเอง พระภิกษุควรรับประทานยาลดไขมันตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ และแม้ระดับคอเลสเตอรอลลดลงสู่ค่าปกติก็ไม่ควรหยุดยา เพราะความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ได้หายไปไหนทั้งยังเพิ่มขึ้นตามอายุอีกด้วย

ยาลดไขมันกลุ่มหลักคือ สเตติน[9] ออกฤทธิ์ดีสูงสุดในช่วงกลางคืนแพทย์จึงมักให้รับประทานหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน อย่างไรก็ตามยารุ่นใหม่มักออกฤทธิ์ยาวสามารถรับประทานเวลาใดก็ได้ให้สม่ำเสมอทุกวัน มื้ออาหารอาจรบกวนการดูดซึมยาลดไขมันบางกลุ่ม ควรปรึกษาแพทย์

บทบาทของพระสงฆ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามหลักการในการสร้างเสริมสุขภาพ

การส่งเสริม

พระสงฆ์ควรมีความรู้ความเข้าใจต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และวัตถุประสงค์การรักษา ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในภิกษุสงฆ์ที่มีไขมันในเลือดสูงหรือมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ อาจจำเป็นต้องเผยแผ่ความรู้ความเข้าใจในการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมต่อผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูงแก่ญาติโยมและชุมชนรอบวัดซึ่งเป็นผู้ถวายเครื่องอุปโภคบริโภคแด่ภิกษุสงฆ์ เพื่อช่วยให้การดูแลเป็นองค์รวม

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดและหลอด-เลือด[10]

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้
การสูบบุหรี่	อายุ
ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	เพศ
น้ำหนักเกินและอ้วน	พันธุกรรม (ประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงก่อนวัยอันควร)
การขาดกิจกรรมทางกาย	
ความดันโลหิตสูง	
ไขมันในเลือดผิดปกติ	
พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม	
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	

[9] ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559.** (กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560).

[10] อ้างแล้ว, แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560.

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้
ภาวะเลือดข้น	
โปรตีนในปัสสาวะ	
หัวใจห้องล่างซ้ายโต	

การป้องกัน

พระภิกษุสงฆ์ควรได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด โดยมีรายละเอียดดังนี้

- พระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ตามคำแนะนำของต่างประเทศแนะนำให้ผู้ที่อายุ 20 ปีขึ้นไปควรจะเจาะตรวจไขมันทุก 5 ปี)[11]
- พระภิกษุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน
- พระภิกษุที่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไปนี้

ก. เพศชายอายุมากกว่า 45 ปี

ข. ประวัติครอบครัว คือ พ่อแม่พี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่อายุน้อย คือ ญาติผู้ชายเป็นเมื่ออายุ < 55 ปี ญาติผู้หญิงเป็นเมื่ออายุ < 65 ปี

ค. โรคเบาหวาน

ง. ความดันโลหิตสูง > 140/90 มม.ปรอท หรือรับยาลดความดันโลหิตอยู่

จ. สูบบุหรี่

ฉ. อ้วนหรือน้ำหนักเกิน

ช. โรคไตบางชนิดและไตวายเรื้อรัง

ซ. ผู้ที่มีปุ่มปมหรือปื้นไขมันเกาะตามเส้นเอ็น หรือหัวตา

วิธีการทดสอบไขมันในเลือด ใช้วิธีการเจาะเลือดดำตามปกติ หากเจาะเลือดตรวจเฉพาะคอเลสเตอรอล ไม่จำเป็นต้องงดอาหาร หากต้องการตรวจไตรกลีเซอไรด์ ต้องงดอาหารไม่น้อยกว่า 9-12 ชั่วโมงแต่ดื่มน้ำเปล่าได้ ควรสุขภาพแข็งแรงดีไม่เจ็บป่วยและ

---

[11] Writing C, Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, Birtcher KK, Daly DD, Jr., et al. “2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents”, **J Am coll Cardiol.** Vol.68 No.1 (5 July 2016): 92-125.

ควรรับประทานอาหารตามปกติในระยะ 3 สัปดาห์ก่อนเจาะเลือด และพ้นอาการเจ็บป่วยหนักหรือได้รับการผ่าตัดอย่างน้อย 3 เดือน

นอกจากนี้ พระสงฆ์ควรมีบทบาทในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยอาจใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง Thai CV Risk Score กรอกข้อมูลทางคลินิก รอบเอว อายุ เพศ ส่วนสูง ผลการตรวจเลือดไขมัน ลงเวปไซด์ https://med.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/ จะแสดงผลว่าบุคคลนั้นมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากน้อยเพียงใด

การฟื้นฟู

ภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยไขมันในเลือดสูงสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ แต่หากเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจทำให้มีความทุพพลภาพหรือถึงแก่ชีวิตได้ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) อาจมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลภิกษุสงฆ์อาพาธ เช่น การเตือนนัดพบแพทย์ การเฝ้าระวังหากมีอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บแน่นบริเวณหน้าอกหรือลิ้นปี่ แขนขาชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แผลที่เท้าเรื้อรังหรือปลายเท้าดำม่วง ให้รีบตามรถพยาบาลโดยเร็วที่สุด

สรุป

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นภัยเงียบ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีอันตรายสูง พระสงฆ์ควรได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสงฆ์อาพาธ เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อสงฆ์อาพาธมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจของสงฆ์สืบทอดพระพุทธศาสนาเป็นเนื้อนาบุญต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. **คลอเรสเตอรอลและกรดไขมันในอาหารไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2557.

พระราชสิทธิเวที. **สถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2561.** พิจิตร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. **โครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2551.** กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์, 2552.

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด.** กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558. หน้า 29-42.

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560.

วิชัย เอกพลากร. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5.** สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), 2557.

Astrup A, Dyerberg J, Elwood P, Hermansen K, Hu FB, Jakobsen MU, et al. **The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010?**, 2011.

Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. “Trans fatty acids and cardiovascular disease”**, N Engl J Med 2006.** (13 April 2006): 1601-1603.

Writing C, Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, Birtcher KK, Daly DD, Jr., et al. “2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents”, **J Am coll Cardiol.** Vol.68 No.1 (5 July 2016): 92-125.

โรคความดันโลหิตสูง

อ.ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในชายไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 25.6[1] สำหรับสถานการณ์ในพระสงฆ์พบได้ถึงร้อยละ 51.43[2] ซึ่งสูงเกือบสองเท่าเมื่อเทียบกับชายไทย

โรคความดันโลหิตสูง เป็นเพชฌฆาตเงียบ ๆ ที่แฝงตัวโดยไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก่อให้เกิดผลตามมาที่อาจรุนแรงถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาและดูแลอย่างเหมาะสม โดยความดันโลหิตทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยที่รุนแรงตามมาได้มากมาย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์เพื่อป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อันจะส่งผลให้พระสงฆ์สามารถควบคุมและจัดการโรคได้ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะอื่น ๆ ที่สำคัญของร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมาย

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตตัวบน หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง หรือความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท[3]

---

[1] วิชัย เอกพลากร. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย**. (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2557).

[2] พระราชสิทธิเวที. **สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร: คู่มือการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาวะ.** (เชียงใหม่: ภทระพรีเพรส, 2561).

[3] สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558**. (กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2558).

ความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ [4 5]

1. **ความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ** เป็นความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อยที่สุด พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมด ไม่ทราบพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดแน่ชัดแต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น มีการสร้างฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลับโซเดียมและสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวมากผิดปกติ รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป น้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักในอุดมคติ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน สูบบุหรี่ และดื่มสุรามากเกินที่กำหนด

2. **ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ** พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ในผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือความผิดปกติอื่น ๆ เช่น โรคไต มีฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนสูงกว่าปกติ ได้รับยาบางชนิด ตั้งครรภ์ หรือ โรคหัวใจที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. อายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าความดันโลหิตตัวบน ซึ่งการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตตัวบนที่มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท โดยเฉพาะในพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตตัวล่าง

2. **การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไป** โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน

3. **การสูบบุหรี่** ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว หากพระสงฆ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด

4. **โรคเบาหวาน** ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเมื่อความดันโลหิตสูงและเบาหวานเกิดขึ้นร่วมกัน จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

5. **การมีไขมันในเลือดและไตรกลีเซอไรด์สูง** เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลอดเลือดแข็ง ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา

---

[4] Lewis, S.L, Dirksen, S.R. Heitkemper, M.M., & Bucher L, **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems 9th ed.**, (St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby, 2014), p. 709-729.

[5] Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle J.L., & Cheever, K.H., **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing,** (Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins, 2010), p. 889-902.

6. **การฉันภัตตาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป** ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และในพระที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วหากฉันภัตตาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป จะทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการสำรวจในพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ฉันเกลือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่แนะนำในแต่ละวัน[6]

7. **เพศ** ในช่วงอายุน้อยกว่า 55 ปี จะพบความดันโลหิตสูงในเพศชายได้บ่อยกว่าในเพศหญิง แต่ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 64 ปี จะพบอุบัติการณ์ในเพศหญิงได้มากกว่าในเพศชาย

8. **ประวัติครอบครัว** ในบุคคลที่มีญาติสายตรงความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค

9. **โรคอ้วน** น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับการมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง

10. **เชื้อชาติ** ในคนผิวดำ จะพบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงได้เป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนผิวขาว

11. **การไม่ออกกำลังกาย** การมีกิจกรรมทางกายน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

12. **เศรษฐานะทางสังคม** โดยโรคความดันโลหิตสูงจะพบได้บ่อยในผู้มีการศึกษาไม่สูง รายได้ต่ำ

13. **ความเครียด** ผู้ที่มีความเครียดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดง

ความดันโลหิตสูงเป็นฆาตกรเงียบ มักไม่แสดงอาการผิดปกติให้พบจนกว่าจะมีความรุนแรงเกิดขึ้นมากและมีโรคของอวัยวะเป้าหมายเกิดขึ้นแล้ว โดยพระที่มีความดันโลหิตสูงมากอาจพบจอประสาทตาบวม นอกจากนั้นอาจพบอาการจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดหรือการทำงานของหัวใจที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ เหนื่อยล้า เวียนศีรษะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก และหายใจลำบาก

---

[6] อ้างแล้ว. **สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร: คู่มือการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาวะ.**

ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้จำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป[7] ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

ประเภท	**ความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)**		**ความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)**
ความดันโลหิตเหมาะสม	<120	และ	<80
ความดันโลหิตปกติ	120-129	และ/หรือ	80-84
ความดันโลหิตปกติค่อนสูง	130-139	และ/หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 3	≥180	และ/หรือ	≥110
ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตตัวบน	≥140	และ	<90

ที่มา “แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558, โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, หน้า 3. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2558.

เมื่อระดับของความดันโลหิตตัวบน และ ความดันโลหิตตัวล่าง อยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ ในขณะที่ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตตัวบน ให้ใช้เฉพาะความดันโลหิตตัวบนเป็นเกณฑ์

ภาวะแทรกซ้อน

โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง หลอดเลือดส่วนปลาย ไตและตา[8] โดยมีรายละเอียดดังนี้

---

[7] อ้างแล้ว, **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558.**

[8] Op. cit., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems,** 709-729.

1. **หัวใจ:** โรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจห้องล่างโต หัวใจห้องล่างทำงานไม่มีประสิทธิภาพ หรือหัวใจล้มเหลว

2. **สมอง:** สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว หรือโรคหลอดเลือดสมอง

3. **หลอดเลือดส่วนปลาย:** ชีพจรส่วนปลายเบาลงหรือหายไป ปวดที่น่องเวลาเดิน หลอดเลือดโป่งพอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย

4. **ไต:** ไตทำงานลดลง มีของเสียคั่ง มีโปรตีนในปัสสาวะ หรืออาจทำให้เกิดไตวายในที่สุด

5. **ตา:** หลอดเลือดที่ตาตีบแคบ เลือดออกในตา จอประสาทตาบวม

การรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่พึงประสงค์ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน[9] [10] [11] ซึ่งการรักษาประกอบด้วย

1. **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** ซึ่งจะได้กล่าวถึงโดยละเอียดในส่วนของบทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

2. **การรักษาด้วยยา** ทั้งนี้การรักษาด้วยยาจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

2.1 ยาขับปัสสาวะ ได้แก่

1) ยาขับปัสสาวะในกลุ่มไทอะไซด์ เช่น ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ อินดาพาไมด์ คลอธาลิโดน

2) ยาขับปัสสาวะกลุ่มลูปไดยูเรติก เช่น ฟูโรซีไมด์

3) ยาขับปัสสาวะชนิดที่ลดการขับโพแทสเซียมออกจากร่างกายทางปัสสาวะ เช่น อะมิโลไรด์ ไตรแอมเทรีน และ

---

[9] อ้างแล้ว, **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558.**

[10] Op.cit., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems**, p.709-729.

[11] Op. cit., **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing,** p. 889-902.

4) ยาออกฤทธิ์ปิดกั้นอัลโดสเตอโรนรีเซ็บเตอร์ เช่น สไปโรโนแล็กโทน อีพลีรีโนน

2.2 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาธีติก ได้แก่

1) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เมทิลโดปา ริลมินิดีน

2) ยาออกฤทธิ์ปิดกั้นอัลฟ่าอะดรีเนอจิกรีเซ็ปเตอร์ เช่น ยาพราโซซิน ด็อกซาโซซิน ทีราโซซิน และเฟ็นโตลามีน และ

3) ยาออกฤทธิ์ปิดกั้นการทำงานของเบต้าอะดรีเนอจิกรีเซ็ปเตอร์ เช่น อะทีโนลอล ไบโซโพรลอล คาร์วีไดลอล ลาบีทาลอล เมโทโพรลอล นิไบโวลอล โพรพราโนลอล

2.3 ยาขยายหลอดเลือด เช่น ไฮดราลาซีน ไมนอกซิดิล และไนโตรกลีเซอรีน

2.4 ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นแกงกลิโอนิก เช่น ไตรเมทาแฟน

2.5 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเท็นซิน ได้แก่

1) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติ้ง เช่น ยาอีนาลาพริล ไลซิโนพริล เพอรินโดพริล รามิพริล และ

2) ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ตัวรับแอนจิโอเทนซิน 2 เช่น แคนดิซาร์แทน เออร์บีซาร์แทน ลอซาร์แทน โอล์มีซาร์แทน เทลมิซาร์แทน วาลซาร์แทน

2.6 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบเรนิน แองจิโอเท็นซิน อัลโดสเตอโรน ได้แก่ อะลิสคิเรน

2.7 ยากลุ่มปิดกั้นช่องประจุแคลเซียม เช่น ดิลไทอะเซม เวอราปามิล แอมโลดิปีน ฟิโลดิปีน มานิดิปีน ไนคาร์ดิปีน ไนเฟดิปีน ไนโมดิปีน

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

1. การลดน้ำหนัก ให้ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงระหว่าง 18.5-23 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยดัชนีมวลกายสามารถคำนวณได้โดยการนำน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

1.1 การลดน้ำหนักประมาณ 10 กก. จะช่วยลดความดันโลหิตตัวบนได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

1.2 เมื่อปริมาณพลังงานจากอาหารที่บริโภคลดลง ปริมาณเกลือโซเดียมและไขมันที่ฉันจะลดลงด้วย

1.3 จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน ถึงแม้การลดปริมาณไขมันในอาหารที่ฉันจะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถาวร แต่การควบคุมไขมันจะช่วยชะลอการเกิด หลอดเลือดแดงแข็ง และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

1.4 การลดน้ำหนักที่เหมาะสม ควรประกอบด้วยการควบคุมพลังงานจากอาหารที่ฉันและการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ

2. การฉันอาหารที่ช่วยควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตตัวบนได้ประมาณ 8-14 มิลลิเมตรปรอท และลดแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นไขมันที่ไม่ดี โดยการฉันอาหารที่ช่วยควบคุมความดันโลหิตกระทำได้โดย

2.1 ฉันผักใบเขียว ผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน เพิ่มขึ้น หรืออย่างน้อยให้ได้มากกว่า 5 ส่วนขึ้นไป/วัน

2.2 ลดการฉันภัตตาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอยนางรม กุ้ง ปลาหมึก น้ำมันหมู เนย น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว

2.3 ลดการฉันภัตตาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด แคบหมู กล้วยทอด ปาท่องโก๋ ลูกชิ้นทอด หรืออื่น ๆ

2.4 จำกัดการฉันภัตตาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี่ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงมัสมั่น แกงคั่ว แกงเทโพ หลนต่าง ๆ เป็นต้น

2.5 ฉันนมหรือผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ ธัญพืช ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน อกไก่

3. การจำกัดเกลือในภัตตาหารที่ฉัน ในพระสงฆ์ที่มีสุขภาพแข็งแรงควรฉันเกลือโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน หากมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือมีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ เป็นโรคไต ควรฉันเกลือโซเดียมไม่เกิน 1,500 มก./วัน โดยน้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 1,160–1,420 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 960-1,420 มก. ผงชูรส 1 ช้อนชามีโซเดียม 492 มก. และเกลือแกง 1 ช้อนชามีโซเดียม 2,000 มก. การลดเกลือโซเดียมในภัตตาหารสามารถกระทำได้โดย

3.1 จำกัดการฉันภัตตาหารกึ่งสำเร็จรูปหรือภัตตาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ผักผลไม้ดอง อาหารกระป๋อง ปลาเค็ม ปลาร้า น้ำปู ปูดอง กุ้งแห้ง ไข่เค็ม แหนม หรืออื่น ๆ

3.2 ไม่เติมพริกน้ำปลา ซอสปรุงรส เกลือ ซอสมะเขือเทศและซอสอื่น ๆ เพิ่มระหว่างที่ฉันภัตตาหาร

4. การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

4.1 การปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ เช่น เดินบิณฑบาต เดินในวัด เดินจงกรม กวาดลานวัด ซักผ้า ตากผ้า ทำงานสาธารณูปการในวัด เช่น ตัดต้นไม้ เทปูน เลื่อยไม้ ให้ระยะเวลาในการทำกิจวัตรมีเวลาเพียงพอ นานอย่างน้อย 40 นาทีต่อวัน

4.2 การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน นานอย่างน้อย 40 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระแทกมากเกินไปหรือต้องมีแรงเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก

4.3 ไม่นั่งอยู่กับที่ติดต่อกันยาวนานกว่า 1 ชั่วโมง ยกเว้นในการปฏิบัติกิจของสงฆ์ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ และอื่น ๆ

5. การหยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เกิดหลอดเลือดหดเกร็ง และเพิ่มความดันโลหิตโดยเฉพาะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การหยุดสูบบุหรี่จะช่วยให้พระที่เป็นความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

6. การจัดการความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม และการออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวต้องมีการแนะนำให้ปฏิบัติตั้งแต่ในขณะที่ยังไม่มีความเครียดเกิดขึ้น เพื่อที่เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะได้สามารถนำหลักการจัดการต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสม

7. การใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง โดยให้ฉันยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติ และไม่ปรับเพิ่มหรือลดยาด้วยตนเอง

8. การวัดและบันทึกความดันโลหิต พระสงฆ์สามารถวัดความดันโลหิตได้ด้วยตนเองที่วัดหรือที่สถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงมีการบันทึก เมื่อพบว่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ให้ปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การวัดความดันโลหิตโดยเครื่องอัตโนมัติ ปฏิบัติดังนี้[12]

8.1 การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจวัดความดันโลหิต ก่อนวัดความดันโลหิตไม่ควรฉันชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการอย่างน้อย 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย นั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่สงบอย่างน้อย 5 นาที หลังพิงพนัก เท้าวาง

---

[12] อ้างแล้ว, **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558.**

ราบกับพื้น ไม่นั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะที่ทำการวัดความดันโลหิต แขนข้างที่ต้องการวัดความดันโลหิตวางอยู่บนโต๊ะ ไม่กำมือ

8.2 เครื่องวัดความดันโลหิตควรได้รับการตรวจสอบมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ค่าความดันโลหิตที่ได้ถูกต้อง แม่นยำ สายพันรอบแขนต้องมีขนาดเหมาะสมกับแขนของผู้ที่ถูกวัด

8.3 การวัดความดันโลหิต ควรวัดกับแขนของผู้ที่ถูกวัดในข้างที่ไม่ถนัด พันสายวัดเหนือข้อพับแขนอย่างน้อย 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลม จากนั้นกดปุ่มเพื่อทำการวัดค่าความดันโลหิต อ่านและบันทึกค่าความดันโลหิตที่ได้ ซึ่งการวัดที่เหมาะสม ควรทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกัน และท่าเดียวกัน นำค่าที่ได้มาคิดค่าเฉลี่ย ซึ่งโดยทั่วไปความดันโลหิตที่เกิดจากการวัดครั้งแรกจะมีค่าสูงสุด หากพบว่าค่าความดันโลหิตจากการวัดสองครั้ง มีความแตกต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

8.4 ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก ควรทำการวัดที่แขนทั้งสองข้าง หากพบว่าค่าความดันโลหิตที่ได้มีความแตกต่างกันเกิน 20/10 มม.ปรอท ให้ทำการวัดซ้ำ หากยังคงพบความผิดปกติ แสดงว่าผู้ถูกวัดความดันโลหิตอาจมีความผิดปกติของหลอดเลือด ให้ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการประเมินต่อไป

8.5 ในผู้สูงอายุ บ่อยครั้งที่พบว่ามีค่าความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างต่างกันเกิน 10 มม.ปรอท ดังนั้นในการวัดความดันโลหิตให้วัดในแขนข้างที่มีค่าสูงกว่า

9. การติดตามและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น การเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และ โรคไต โดยการสังเกตความผิดปกติของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย หากมีความผิดปกติดังกล่าว ให้รีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

เอกสารอ้างอิง

พระราชสิทธิเวที. **สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร: คู่มือการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาวะ.** เชียงใหม่: ภทระพรีเพรส, 2561.

วิชัย เอกพลากร. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2557.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558.** กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558.

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handle, J., . . . Ortiz, E. “2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8)”. **Journal of American Medical Association. (2014)**: P.507-520.

Lewis, S.L, Dirksen, S.R. Heitkemper, M.M., & Bucher L. **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems 9th ed**. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby, 2014.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle J.L., & Cheever, K.H. **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.** Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

โรคเบาหวาน

ผศ.พญ.นิพาวรรณ ไวศยะนันท์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังและก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและชีวิตโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบอัตราการเกิดโรคเบาหวานทั่วโลกในปีพุทธศักราช 2558 เป็นจำนวน 415 ล้านคน และคาดว่าในปีพุทธศักราช 2588 จะมีสถิติเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน[1] ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ข้อมูลของประเทศไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกโรคเบาหวาน คือ ร้อยละ 8.9 และจากรายงานการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทยในปี 2555 - 2558 มีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 12.1 ต่อ 100,000 เป็น 19.4 ต่อ 100,000 เช่นเดียวกับอัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานเพิ่มจาก 13.2 ต่อ 100,000 เป็น 17.8 ต่อ 100,000[2] โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2561[3] พบว่าพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจมีผลเลือดเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (มีระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหารนานอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) สูงถึงร้อยละ 12.6 ในขณะที่ความชุกที่พบในชายไทยเท่ากับร้อยละ 7.9

ความหมาย

โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลจากในเลือดเข้าไปใช้ในเซลล์ น้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ และร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน คือ ไม่ตอบสนองต่อการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน

---

[1] Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. **IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040**, 2017.

[2] วิชัย เอกพลากร, **“รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย”,** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2557.

[3] พระราชสิทธิเวที. **สถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2561.** พิจิตร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561

ฮอร์โมนอินซูลิน คือ

คือฮอร์โมนที่ผลิตจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อน มีหน้าที่คล้ายลูกกุญแจไขแม่กุญแจตามเซลล์ต่าง ๆ เช่น เซลล์สมอง เซลล์หัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อ เพื่อเปิดประตูให้น้ำตาลเข้าไปในเซลล์ ซึ่งเซลล์จะนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานต่อไป

เบาหวานมี 4 ชนิด คือ[4 5]

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM)
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM)
3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific types)
4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นผลจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี แต่ก็สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ ผู้ป่วยมักไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง พบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนเป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้า ๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนเมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นอื่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักต้องพึ่งพาอินซูลิน และเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกัน จึงพบโรคระบบภูมิคุ้มกันอื่นร่วมได้บ่อย[6]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเป็นหลักร่วมกับการผลิตอินซูลินบกพร่องไม่เพียงพอ มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย

---

[4] American Diabetes A. “Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 13-27.

[5] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดียจำกัด, 2560.

[6] นิพาวรรณ ไวศยะนันท์ และ เบญจมาศ สุขสถิตย์. “การบริหารอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1”, **วารสารพยาบาลทหารบก.** ปีที่ 18 (มกราคม-เมษายน 2560): หน้า 1-21.

โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมซึ่งถ่ายทอดชัดเจนในครอบครัว เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ เช่น ธาลัสซีเมีย ดาวน์ซินโดรม ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ ซึ่งการรักษาจะมีความจำเพาะเจาะจง หรือมุ่งรักษาที่สาเหตุ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบในผู้หญิงเท่านั้น เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบจากการทำการทดสอบความทนน้ำตาลในหญิงมีครรภ์ เป็นภาวะที่จำเพาะต่อการตั้งครรภ์ คือเมื่อรกมีขนาดใหญ่ขึ้น ฮอร์โมนที่สร้างจากรกจะทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งภาวะนี้จะหายไปหลังคลอด อย่างไรก็ตามเป็นการพยากรณ์ว่าผู้หญิงคนนั้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอีก 10 ปีข้างหน้าสูงถึงร้อยละ 50

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ในที่นี้จะกล่าวถึงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดเท่านั้น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้เกิดจากสาเหตุจำเพาะเจาะจงเพียงอย่างเดียว หากแต่มีหลายปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน ทั้งกรรมพันธุ์ อายุ 40 ปีขึ้นไป เชื้อชาติชาวเอเชีย ประวัติทางครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความอ้วนและวิถีชีวิตเนือยนิ่ง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือ ปัจจัยด้านวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และน้ำหนักตัว[7 8]

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักไม่มีอาการใด ๆ ในระยะต้น หากน้ำตาลในเลือดสูงมากอาจมีอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลด หากน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจนหลอดเลือดเสียสภาพหรือเส้นเลือดอุดตัน อาจมาด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อนทางตา ไตวาย แผลเรื้อรัง เท้าชา การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หัวใจขาดเลือดและหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หรืออัมพฤกษ์อัมพาตได้

---

[7] Op. cit., **Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018**. P. 13-27.

[8] American Diabetes A. “Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 51-54.

การรักษา

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต
2. การรักษาโดยการใช้ยา
   - ยาลดระดับน้ำตาล
   - อินซูลิน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต[9] [10]

หมายถึง การปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

- *การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ* "ไม่มีสูตรอาหารตายตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกราย (not a one-size-fits-all)" อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ได้สัดส่วนของสารอาหารอย่างสมดุลในปริมาณที่พอเหมาะ อาจแบ่งสัดส่วนอาหารในจานแต่ละมื้อง่ายๆ ดังภาพที่ 1 เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ เช่น การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต อาหารแลกเปลี่ยน เป็นต้น

รูปที่ 1 แสดงการแบ่งสัดส่วนอาหารในจานแบบง่าย
คัดลอกภาพจาก http://www.fitnessmeiden.nl/meal-preppen-hoe-doe-je-dat/ เมื่อ 12 กรกฎาคม 2561

---

[9] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.**

[10] American Diabetes A. "Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018", **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 38-50.

การปรุงรสด้วยน้ำตาล หมายรวมถึง น้ำตาลทราย น้ำผึ้ง และน้ำหวานน้ำเชื่อมชนิดต่าง ๆ สามารถทำได้บ้าง (ประมาณ 3-6 ช้อนชาต่อวัน) โดยกระจายออกใน 2-3 มื้อ ควรงดเครื่องดื่มรสหวานชนิดต่าง ๆ เนื่องจากมีปริมาณน้ำตาลสูง แต่อาจใช้น้ำตาลแอลกอฮอล์ เช่น sorbitol xylitol mannitol รวมถึงน้ำตาลเทียมในปริมาณให้น้อยที่สุด โดยเทียบความหวานเท่ากับปริมาณน้ำตาลที่พึงใช้ได้ต่อวัน

ควรบริโภคไขมันไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ (พบมากในมาการีน เนยขาว และอาหารทอดกรอบ) และคอเลสเตอรอลแต่น้อย บริโภคปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นหลัก ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมันและเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง เนื่องจากมีพลังงานสูงและไขมันอิ่มตัวสูง ควรจำกัดการบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนผู้ป่วยเบาหวานทั่วไปควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัม/วัน (น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 1070-1620 มิลลิกรัม ซีอิ้ว 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 880-1570 มิลลิกรัม ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 610 มิลลิกรัม และเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม)[11]

- *การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสม* การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมทั้งน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังทำให้ลดความเครียดกังวลได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับหนักปานกลาง (ชีพจรเท่ากับร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุด) (ชีพจรสูงสุด = 220 – อายุเป็นปี) 150 นาที/สัปดาห์ โดยออกกำลังกายวันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้งได้ ส่วนการออกกำลังกายแบบต้านแรง เช่น ยกน้ำหนัก ออกกำลังด้วยยางยืด หรืออุปกรณ์จำเพาะในห้องออกกำลังกายควรทำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อออกแรงกล้ามเนื้อ ซึ่งการออกกำลังกายเช่นนี้ อาจไม่เหมาะกับกิจกรรมทางสงฆ์เท่าใดนัก อย่างไรก็ตาม **การมีกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดลานวัด ขุดดิน ทำสวน เดินจงกรม/ เดินบิณฑบาต เทียบเท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงหนักปานกลางได้หากทำอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรม** การเดินบิณฑบาตไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า แต่หากมีอาการเท้าชาควรสวมรองเท้าและตรวจเท้าทุกวัน หากมีแผลที่เท้าควรเลี่ยงแรงกดกระแทกที่แผลโดยไม่ลงน้ำหนักที่เท้า สำหรับผู้ฉีดอินซูลิน อาจกระทบถึงความต้องการปริมาณยาฉีดอินซูลินและทำให้เกิดน้ำตาลต่ำได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพก่อนเริ่มออกกำลังกาย

---

[11] วันทนีย์ เกรียงสินยศ. ลดโซเดียม ยืดชีวิต. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555, หน้า 35.

- *การควบคุมน้ำหนัก* ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรลดน้ำหนักเพื่อลดภาวะดื้ออินซูลิน การลดน้ำหนักทำได้โดยการปรับวิถีชีวิตให้มีการเผาผลาญมากกว่าการรับพลังงานวันละ 500–750 กิโลแคลอรี หรือจำกัดพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารวันละ 1,500–1,800 กิโลแคลอรีในเพศชาย โดยลดปริมาณพลังงาน คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (น้ำตาล) และไขมันที่รับประทานโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ควรบริโภคอาหารที่มีกากใยอาหารสูง เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ จนสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 5-7 ของน้ำหนักตั้งต้น ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นและ/ หรือลดการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้[12] **การลดน้ำหนักด้วยการจำกัดอาหาร ควรแจ้งแพทย์ก่อนล่วงหน้าโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มกระตุ้นการหลั่งอินซูลินหรือยาฉีดอินซูลิน เพื่อรับการประเมินหรือปรับยาลดน้ำตาลให้เหมาะสม** การใช้ยาลดน้ำหนักหรือการผ่าตัดลดน้ำหนัก จะพิจารณาในผู้ป่วยเบาหวานอ้วนบางราย เช่น มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนอย่างรุนแรง ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

- *การหยุดสูบบุหรี่* แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบอื่น ผู้ที่ไม่สูบต้องแนะนำให้หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ด้วย อาจจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อให้หยุดบุหรี่ได้สำเร็จ

การรักษาโดยการใช้ยา

- *ยาลดระดับน้ำตาล* ควรรับประทานยาลดระดับน้ำตาลตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ผู้เป็นเบาหวานหลายครั้งเข้าใจผิดว่าเมื่อรับประทานยาจนระดับน้ำตาลลดลงสู่ค่าปกติจะสามารถหยุดยาเบาหวานได้ ดังที่กล่าวข้างต้นว่า เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคแห่งความเสื่อมของตับอ่อนทำให้ความสามารถในสร้างอินซูลินน้อยลงจึงเป็น**โรคที่ไม่หายขาด** การรักษาจึงต้องทำตลอดไป ผู้เป็นเบาหวานบางรายอาจใช้การรักษาเพียงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพียงอย่างเดียวก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แพทย์มักเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาลดระดับน้ำตาลหลายตัว จำเป็นต้องรับประทานก่อนอาหารเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ทันท่วงทีกับน้ำตาลที่พุ่งขึ้นสูงหลังจากรับประทานอาหาร ยาในกลุ่มนี้จึงต้องคำนึงเรื่องมื้ออาหารเป็นสำคัญ และไม่สามารถข้ามหรืองดอาหารมื้อที่รับประทานยาได้ พระภิกษุสงฆ์

---

[12] American Diabetes A. “Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 65-72.

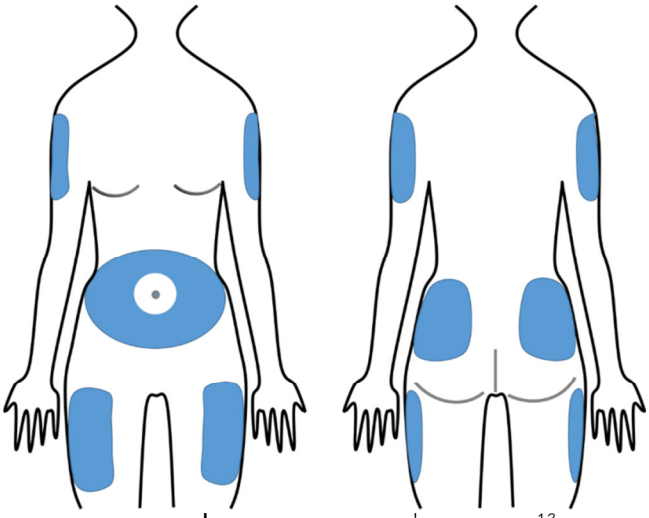
ฉันจำนวนมื้อและเวลาฉันอาหารต่างจากบุคคลทั่วไป จึงควรทราบและปรึกษาแพทย์ถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยาและฉันยาฉันอาหารให้เหมาะสมกับชนิดของยาลดระดับน้ำตาลของตัวเอง

ยาลดระดับน้ำตาลหลายตัวออกฤทธิ์ยาวทั้งวันและมื้ออาหารไม่มีผลกระทบต่อยา ทำให้หากลืมรับประทานยาตอนเช้า อาจย้ายมารับประทานตอนเที่ยงหรือเย็นได้ แต่ยาหลายตัวไม่สามารถทำเช่นนั้น ต้องรอข้ามไปวันใหม่เลย นอกจากนี้ การรับประทานยาเพียงไม่กี่วันระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลง แต่เมื่อหยุดระดับน้ำตาลก็จะสูงใหม่ การรับประทานยาแบบกินๆ หยุดๆ นี้ จะทำให้น้ำตาลในเลือดแกว่งขึ้นๆ ลงๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ เช่น ตา ไต หัวใจ สมอง มากกว่าเดิม ความเข้าใจผิดที่พบบ่อยอีกประการหนึ่งคือ หากรับประทานยาลดระดับน้ำตาลต่อเนื่องจะทำให้ไตวายซึ่งไม่เป็นความจริง ยาเบาหวานแผนปัจจุบันกว่าจะสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้ต้องทราบสารออกฤทธิ์ที่แน่ชัดและผ่านกระบวนการทดสอบในหลอดทดลอง ในสัตว์ ในคนปกติ และในผู้ป่วยอาสาสมัครหลายหมื่นคนจนมั่นใจในการออกฤทธิ์และความปลอดภัยของยา (ซึ่งกระบวนการนี้ยังไม่ถูกพัฒนาหรือทดสอบในยาต้มยาหม้อยาสมุนไพรอย่างแพร่หลายนัก) อนึ่ง การปล่อยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเสมือนการแช่อิ่มเส้นเลือดเล็กๆ ในไตต่างหากที่ทำให้ไตวาย ด้วยเหตุนี้ ผู้เป็นเบาหวานจึงควรมีความรู้ความเข้าใจถึงการรักษาที่ได้รับและดูแลตัวเองอย่างดีเพื่อชะลอและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

- *อินซูลิน* ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการฉีดอินซูลินก็คือการฉีดฮอร์โมนเสริมเท่านั้น เนื่องจากตับอ่อนเสื่อมสภาพจนผลิตอินซูลินได้น้อย หรือภาวะดื้ออินซูลินมีมากจนร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้พอ ไม่ได้หมายความว่าผู้เป็นเบาหวานมาถึงระยะสุดท้ายของโรค การฉีดอินซูลินมีรายละเอียดค่อนข้างมากตามชนิด และอุปกรณ์ฉีดของอินซูลิน เช่น อินซูลินบางชนิดต้องฉีดก่อนอาหารทันที บางชนิดฉีดก่อนอาหาร 30 นาที บางชนิดไม่ต้องคำนึงถึงเวลา ดังนั้น พระภิกษุควรฉันจำนวนมื้อ ปริมาณอาหาร และเวลาฉันอาหารให้สม่ำเสมอในแต่ละวัน และปรับยาหรืออาหารภายใต้การดูแลของแพทย์

หลักการทั่วไปของการฉีดและเก็บรักษายาอินซูลิน

- ตำแหน่งการฉีดอินซูลินสามารถฉีดเข้าใต้ผิวหนังได้หลายตำแหน่ง คือ หน้าท้องห่างจากสะดืออย่างน้อย 2 นิ้ว ต้นขา ต้นแขนด้านนอก และสะโพก ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงตำแหน่งที่ฉีดอินซูลิน[13]

- การฉีดยาทำมุม 90 องศากับผิวหนังบริเวณที่ฉีดโดยไม่ต้องดึงหรือยกผิวหนังขึ้นเมื่อใช้เข็มที่มีความยาว 3-6 มิลลิเมตร หากผู้ป่วยผอมมากหรือใช้เข็มที่มีความยาวมากกว่า 6-8 มิลลิเมตร ต้องยกชั้นใต้ผิวหนังและฉีดยาโดยทำมุม 45 องศา เพื่อป้องกันการฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ

- หากใช้ปากกาฉีดอินซูลินแบบเปลี่ยนไส้ยา ปากกากับหลอดอินซูลินต้องใช้ของบริษัทเดียวกัน แต่ใช้หัวเข็มต่างบริษัทกับปากกาฉีดอินซูลินได้ทุกชนิด

- หัวเข็มสามารถใช้ซ้ำได้ แต่ต้องมั่นใจว่าสะอาดและไม่มีการอุดตันโดยทดสอบการอุดตันหัวเข็มทุกครั้ง โดยจับปากกาอินซูลินตั้งตรงหัวเข็มชี้ขึ้นด้านบน ฉีดอินซูลินทิ้งประมาณ 2 ยูนิตหรือจนเห็นหยดอินซูลินถูกดันออกจากปลายเข็มแล้วจึงหมุนขนาดยาอินซูลินที่ต้องการแล้วฉีดเข้าร่างกาย

- ไม่ใช้แอลกอออล์เช็ดปลายเข็มเนื่องจากน้ำยาเคลือบปลายเข็มจะหลุดทำให้เจ็บขณะฉีดยา แต่ใช้แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดผิวหนังได้ตามปกติ

---

[13] อ้างแล้ว, **การบริหารอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1.**

- ควรตรวจสอบลักษณะและสีของยา สังเกตการรั่วของยาบริเวณหัวเข็ม หากผิดปกติควรทิ้งยาอินซูลินขวด/ หลอดนั้น

- ยาอินซูลินที่เก็บในตู้เย็น ก่อนใช้ให้คลึงบนฝ่ามือจนหายเย็นเพื่อปรับอุณหภูมิยาก่อนฉีดเข้าร่างกาย

- อินซูลินชนิดน้ำขุ่นให้แกว่งยา/ ปากกาให้ตัวยาผสมเป็นเนื้อเดียวกันก่อนฉีดยา อย่าเขย่าขวดยาหรือปากกาอินซูลินเนื่องจากทำให้เกิดฟองอากาศ

- การดันยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ควรดันช้าๆ และลงน้ำหนักมือเท่ากัน ฉีดจนสุดแล้วค้างไว้นับถึง 1-10 ก่อนจะถอนเข็มออกจากผิวหนัง ไม่คลึงหรือนวดตำแหน่งที่ฉีดอินซูลินเพราะจะทำให้การดูดซึมยาเปลี่ยนแปลงไป

- หมุนเวียนสับเปลี่ยนตำแหน่งฉีดยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดก้อนไขมันนูนจากการฉีดอินซูลิน และไม่ฉีดยาในตำแหน่งที่มีก้อนไขมันนูนเพราะทำให้การดูดซึมยาอินซูลินผิดปกติ

- การเก็บรักษายาฉีดที่ยังไม่เปิดใช้ ให้เก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ยาจะมีอายุการใช้งานตามวันหมดอายุที่ระบุฉลากยา ตำแหน่งที่เก็บยาในตู้เย็นคือ ชั้นวางของในตู้เย็น **ห้าม**เก็บยาในช่องแช่แข็ง กล่องเก็บของใต้ช่องแช่แข็ง ช่องเก็บผักและประตูตู้เย็น หากไม่มีตู้เย็นสามารถเก็บอินซูลินไว้ในกระติกน้ำแข็งโดยเก็บยาไว้ในกล่องกันน้ำหรือห่อไว้ในถุงพลาสติกก่อนแช่น้ำแข็ง

- การเก็บยาฉีดที่เปิดใช้แล้วให้เก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 25-30 องศาเซลเซียส จะสามารถใช้ต่อได้ในเวลา 28 วันนับจากวันแรกที่เปิดใช้ยา ถ้าพบว่าอุณหภูมิที่เก็บยาสูงกว่ากำหนดควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของลักษณะอินซูลินหรือเปลี่ยนหลอดยาอินซูลินใหม่

- ห้ามเก็บยาในรถที่จอดทิ้งไว้กลางแจ้ง หรือส่วนของกุฏิที่มีแสงอาทิตย์ส่องและอากาศร้อน หรือห้องที่อุณหภูมิเกิน 30 องศาเซลเซียส

- กรณีเดินทางโดยเครื่องบินโดยสาร ห้ามเก็บยา/ ปากกาในกระเป๋าสัมภาระใต้เครื่องบิน

บทบาทของพระสงฆ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามหลักการในการสร้างเสริมสุขภาพ

การส่งเสริม

พระสงฆ์ควรส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธมีความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวาน การรักษา และรู้จักภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำหรือน้ำตาลสูง สามารถแก้ไขได้ทันท่วงที ควรส่งเสริมให้วัดที่มีพระภิกษุที่อาพาธมีเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและสามารถใช้การได้ทั้งในแง่ของการตรวจค่าระดับน้ำตาล

เพื่อช่วยให้แพทย์นำไปใช้ปรับการรักษา และในแง่เกิดภาวะฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ ทำให้ช่วยเหลือแก้ไขได้ทันท่วงที

พระสงฆ์ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้ อาจจำเป็นต้องเผยแผ่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลโรคเบาหวานนี้สู่ญาติโยมและชุมชนรอบวัดซึ่งเป็นผู้ถวายเครื่องอุปโภคบริโภคแด่ภิกษุสงฆ์ เพื่อช่วยให้การดูแลสงฆ์อาพาธในวัดเป็นองค์รวม

การป้องกัน

พระสงฆ์ควรมีบทบาทในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในพระภิกษุสงฆ์โดยดัดแปลงจากแนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่[14] ดังนี้

พระภิกษุสงฆ์ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน หากมีความเสี่ยงสูงควรได้รับคัดกรองโรคทันที ส่วนรูปที่มีความเสี่ยงต่ำแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานทุกรายเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี

การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานอาจทำโดยใช้เครื่องมือ ดังตารางที่ 1 และ 2 หรือหากภิกษุสงฆ์มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้จัดเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน

1. ผู้ที่อ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กก/ม^2 ในคนไทยและ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน 90 เซนติเมตรในเพศชาย) และมีพ่อ แม่ พี่ หรือ น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน
2. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่
3. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ โดยเฉพาะผู้ที่มีเอชดีแอลคอเรสเตอรอล ต่ำกว่า 35 มก./ดล. และหรือ ไตรกลีเซอร์ไรด์มากกว่า 250 มก./ดล.
4. เคยตรวจพบว่ามีภาวะเตรียมเบาหวาน
5. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. ผู้ที่สงสัยภาวะดื้อต่ออินซูลิน เช่น ตรวจพบ คอดำ หรือข้อพับดำ ลักษณะเป็นผิวหนังที่เข้ม หนา และสัมผัสสากอยู่บริเวณคอหรือซอกรักแร้

ภิกษุสงฆ์ที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ควรได้รับการตรวจเลือดคัดกรองโรคเบาหวาน หากผลการตรวจเลือดเป็นปกติ แนะนำให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี แต่หากผลการตรวจเลือดผิดปกติระดับเตรียมเบาหวาน แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำทุก 1-3 ปี

---

[14] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.**

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนความเสี่ยง[15]

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยง
อายุ	
34 – 39 ปี	0
40 – 44 ปี	0
45 – 49 ปี	1
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2
เพศ	
หญิง	0
ชาย	2
ดัชนีมวลกาย	
ต่ำกว่า 23 กก./ม.^{2}	0
23 – 27.4 กก./ม.^{2}	3
ตั้งแต่ 27.5 กก./ม.^{2} ขึ้นไป	5
รอบเอว (ภิกษุสงฆ์)	
ต่ำกว่า 90 ซม.	0
ตั้งแต่ 90 ซม. ขึ้นไป	2
ความดันโลหิตสูง	
ไม่มี	0
มี	2
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง)	
ไม่มี	0
มี	4

[15] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.**

ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2[16]

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อเบาหวาน ใน 12 ปี	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิดเบาหวาน
น้อยกว่าเท่ากับ 2	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อย	1 : 20
3 – 5	ร้อยละ 5 – 10	ปานกลาง	1 : 12
6 – 8	ร้อยละ 11 – 20	สูง	1 : 7
มากกว่า 8	มากกว่า ร้อยละ 20	สูงมาก	1 : 4 ถึง 1 : 3

การฟื้นฟู

ภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน สามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติและหากควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้ พระสงฆ์อาจมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลภิกษุสงฆ์อาพาธ เช่น การเตือนนัดพบแพทย์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลและส่งต่อสถานพยาบาลได้เหมาะสม

ภาวะน้ำตาลต่ำเกิดขึ้นได้ในผู้เป็นโรคเบาหวานที่ได้ยาบางชนิดหรืออินซูลิน หากมีอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ รู้สึกหิว มือสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก รู้สึกร้อนทั้งที่ผิวหนังเย็นและชื้น กระสับกระส่าย ร่วมกับระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่ต่ำกว่า 70 มก./ดล. และยังรู้สึกตัวดี ให้กินคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยเป็นกลูโคสและดูดซึมเร็ว 15-30 กรัม เช่น กลูโคสเม็ด 3 เม็ด น้ำผึ้ง/ น้ำหวานเข้มข้น/ น้ำตาลทราย 1-2 ช้อนโต๊ะ น้ำผลไม้/ น้ำอัดลม 180 มล. ขนมปัง 1-2 แผ่นสไลด์ นมสด 240 มล. ข้าวต้มหรือโจ๊ก 1/2 ถ้วยชาม กล้วย 1 ผล อาการมักดีขึ้นภายใน 15-20 นาที หลังได้รับกลูโคสหรืออาหาร ให้ติดตามระดับกลูโคสในเลือดโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ถ้าระดับกลูโคสในเลือดยังคง < 70 มก./ดล.ให้กินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัมซ้ำ ถ้าอาการดีขึ้นและผลการตรวจระดับกลูโคสในเลือด > 80 มก./ดล. ให้กินอาหารต่อเนื่องทันทีเมื่อใกล้หรือถึงเวลาอาหารมื้อหลัก ถ้าต้องรอเวลามื้อถัดไปนานกว่า 1 ชั่วโมง ให้กินอาหารว่างเพื่อคงระดับน้ำตาลไปจนถึงมื้อถัดไป

หากภาวะน้ำตาลต่ำมากขึ้น อาจพบคลื่นไส้ ชา อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ ปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง พูดช้า ตาพร่ามัว สับสน ง่วงซึม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หากถึงขั้นหมดสติ ไม่ให้พยายามกรอกอาหารใส่ปากเพราะอาจอุดกั้นหลอดลม แต่ให้รีบตามรถพยาบาลโดยเร็วที่สุด

---

[16] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.**

สรุป

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ยังถูกมองข้ามความสำคัญและขาดการดูแลแบบองค์รวมในพระภิกษุสงฆ์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะสั้นและยาว พระสงฆ์ควรได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและมีบทบาทสำคัญในการดูแลสงฆ์อาพาธ เพื่อให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนน้อยลง เพื่อสงฆ์อาพาธมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจของสงฆ์สืบทอดพระพุทธศาสนาเป็นเนื้อนาบุญต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นิพาวรรณ ไวศยะนันท์ และ เบญจมาศ สุขสถิตย์. “การบริหารอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1”, **วารสารพยาบาลทหารบก.** ปีที่ 18 (มกราคม-เมษายน 2560): หน้า 1-21.

พระราชสิทธิเวที. **สถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2561.** พิจิตร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561.

วิชัย เอกพลากร, **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2557.

วันทนีย์ เกรียงสินยศ. ลดโซเดียม ยืดชีวิต. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดียจำกัด, 2560.

American Diabetes Association. “Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 13-27.

American Diabetes Association. “Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 38-50.

American Diabetes A. “Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 65-72.

American Diabetes A. “Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018”, **Diabetes Care**. Vol.41 (January 2018): 51-54.

Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. **IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040**, 2017.

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

อ.ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หรือที่เรียกว่า “โรคอ้วนลงพุง” เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติที่เกี่ยวเนื่องมาจากกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายให้เป็นพลังงาน ที่เรียกว่า ขบวนการเมตาบอลิซึม[1] ซึ่งกลุ่มอาการผิดปกติที่พบ ได้แก่ ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งกลุ่มอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะปรากฏอาการหลายๆอย่างพร้อม ๆ กันในคนคนเดียวกัน

ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้วจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ความสามารถในการทำงานต่าง ๆ และการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีอาการเหนื่อยง่าย เสี่ยงต่อการเสียชิวิตอย่างเฉียบพลัน และการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

บุคคลใดบ้างที่ถือว่ามีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ผู้ที่ถือว่ามีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมคือ บุคคลที่มีอาการหลายๆอย่างเกิดขึ้นหลาย ๆ อย่าง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ National Cholesterol Education Program Panel III [1] ซึ่งมีความผิดปกติร่วมกันตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ดังนี้

1. มีขนาดเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซ.ม. ในผู้ชาย และมีขนาดเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซ.ม. ในผู้หญิง
2. มีความดันโลหิตสูงกว่า 130/90 มม.ปรอท หรือรับประทานยาลดความดันอยู่แล้ว
3. มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง มากกว่า 150 มก./ดล.
4. มีระดับเอชดีแอล-คอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ น้อยกว่า 40 มก./ดล. สำหรับผู้ชาย และน้อยกว่า 50 มก./ดล. สำหรับผู้หญิง

---

[1] Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. “Diagnosis and management of the metabolic syndrome”, **Circulation.** vol. 112 (25 October 2005): 285-290.

5. มีระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 100 มก./ดล. หรือได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่แล้ว

สาเหตุของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

สาเหตุของการเกิดเมตาบอลิกซินโดรมนั้นเกิดจากหลายๆปัจจัยร่วมกัน โดยสาเหตุหลักมีอยู่ 2 ประการใหญ่ ๆ คือ ภาวะอ้วนลงพุง และภาวะดื้อต่ออินซูลิน[2] โดยมีปัจจัยที่ทำให้ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมรุนแรงมากขึ้นคือ การเพิ่มขึ้นของขนาดเส้นรอบเอว การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือการอยู่นิ่งกับที่เป็นเวลานาน ๆ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง แป้งและน้ำตาลมากเกินไป รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง อายุที่เพิ่มมากขึ้น และปัจจัยด้านกรรมพันธุ์

1. อ้วนลงพุง คนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมาก ยิ่งรอบเอวใหญ่เท่าไรแสดงว่ามีปริมาณไขมันสะสมอยู่มาก ไขมันที่สะสมนี้จะแตกตัวเป็นไขมันอิสระเข้าสู่ตับ มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า ภาวะดื้ออินซูลิน เมื่อเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่มากเกินจะถูกเก็บสะสมในรูปไขมันที่เรียกว่าไตรกลีเซอไรด์ จะสะสมบริเวณรอบ ๆ เอว ทำให้เกิดการอ้วนลงพุงมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้หลอดเลือดมีการหดรัดตัว ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และช่วยเร่งให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ภาวะดื้ออินซูลิน คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA ภายในเซลล์ ทำให้เซลสนองต่อฤทธิ์ของอินซูลินน้อยกว่าที่ควร ถ้าเกิดภาวะดื้ออินซูลินที่กล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลได้ ถ้าเกิดภาวะดื้ออินซูลินที่ตับ ทำให้ตับไม่สามารถยับยั้งการสร้างกลูโคสได้ ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และถ้าเกิดภาวะดื้ออินซูลินที่

---

[2] Op.cit., **Diagnosis and management of the metabolic syndrome**, p.285-290.

เซลไขมันไม่สามารถยับยั้งการสลายตัวของไขมันได้ เกิดกรดไขมันอิสระได้ง่าย ส่งผลให้มีไขมันไปสะสมยังกล้ามเนื้อ และตับเพิ่มขึ้น ทำให้ภาวะดื้ออินซูลินแย่ลง มีผลทำให้เบต้าเซลของตับอ่อนตาย และนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวาน

<u>ผลเสียของภาวะดื้ออินซูลิน</u>[3]

1. ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การที่น้ำตาลในเลือดสูงจะช่วยเร่งให้เกิดการอังเสบของหลอดเลือดเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

2. ทำให้ผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ หลอดเลือดยืดหยุ่นน้อยลงเป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันโลหิตสูง การอักเสบของหลอดเลือด และโรคเบาหวาน

3. ลดประสิทธิภาพของร่างกายในการละลายเลือดที่แข็งตัว เป็นที่มาของหลอดเลือดตีบตัน

4. ส่งเสริมให้เกิดการปริแตกของไขมันในชั้นใต้ผิวของผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด เกิดเป็นผลึกที่เรียกว่า “พราค” (Plaque) นำไปสู่การเกิดหลอดเลือดตีบตัน

5. ทำให้ระดับอินซูลินในเลือดสูง ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และเกิดภาวะอ้วน

3. นิสัยการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยมีผลต่อการเลือกประเภทและปริมาณอาหารเข้าสู่ร่างกาย ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมคือการรับประทานอาหารที่เกินกว่าความต้องการของร่างกาย หรือเกินกว่าที่ร่างกายนำพลังงานจากอาหารไปใช้ อาหารที่รับประทานเข้าไปจะเปลี่ยนแปลงเป็นคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และพลังงานอาหาร พลังงานที่ได้จะถูกนำไปใช้สร้างพลังงานให้ระบบกล้ามเนื้อ และระบบอวัยวะต่างๆ เพื่อให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับประทานอาหารที่เกินกว่าความต้องการของร่างกาย จะเกิดพลังงานส่วนเกิน เกิดการสะสมอยู่ในรูปของไขมัน ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เพิ่มความรุนแรงของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากขึ้น ขณะเดียวกันการรับประทานอาหารจำพวก

---

[3] Op.cit., **Diagnosis and management of the metabolic syndrome**, p.285-290.

แป้งและน้ำตาลมากจนเกินไป จะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินได้ และส่งผลกระทบต่อภาวะอ้วนลงพุง น้ำหนักตัวเกิน และความดันโลหิตสูง

4. การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมทางกาย เป็นกิจกรรมที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้พลังงาน ร่างกายจึงเผาผลาญพลังงาน โดยเปลี่ยนน้ำตาลที่สะสมในร่างกายเป็นพลังงาน การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงาน ซึ่งจะช่วยให้ลดการสะสมของพลังงานอาหาร ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดภาวะอ้วนลงพุง ช่วยป้องกันการสะสมของไขมันในเลือด และลดระดับความดันโลหิต นอกจากนี้การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยเพิ่มระดับแอลดีแอล-คอเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งไขมันชนิดนี้เป็นไขมันที่ดีที่ช่วยขจัดไขมันแอลดีแอล-คอเลสเตอรอลไม่ให้เกิดการสะสมในหลอดเลือด อันจะนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้

5. **พันธุกรรม หรือกรรมพันธุ์** พบว่า ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม ร้อยละ 50 โดยการถ่ายทอดผ่านยีนส์ที่มีความสัมพันธ์กับการสะสมไขมันและโรคอ้วน เรียกว่า ยีนส์โรคอ้วน โดยยีนส์ที่มีอิทธิพลต่อโรคอ้วนนั้นจะอยู่รวมที่เอนซ์ไซไลโปโปรตีนไลเปส (Lipoprotein lipase) ทำให้มีการสลายไขมันในเลือดเข้าไปเก็บสะสมไว้ในเซลไขมันและเซลกล้ามเนื้อได้รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะคนในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบิดาและมารดาอ้วน บุตรจะมีโอกาสอ้วน ร้อยละ 80 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งอ้วน จะมีโอกาสอ้วนร้อยละ 50 ในขณะที่บิดาและมารดาน้ำหนักปกติ บุตรมีโอกาสอ้วนร้อยละ 9

เป้าหมายในการจัดการกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

เป้าหมายในการจัดการกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมคือ การควบคุมองค์ประกอบต่างๆของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม[4] ซึ่งได้แก่ ขนาดรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับความดันโลหิต โดยการเพิ่มการทำกิจกรรมทางกาย และการควบคุมการรับประทานอาหาร

การเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายและการควบคุมการรับประทานอาหารมีความสำคัญในการควบคุมภาวะเมตาบอลิก โดยเป็นการรักษาสมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับและพลังงานที่ร่างกายใช้ไป เพื่อไม่ให้เกิดการสะสมของพลังงานที่มากเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ

---

[4] Simonson, G.D., & Kendall, D.M., “Diagnosis of insulin resistance and associated syndrome: The spectrum from the metabolic syndrome to type 2 diabetes mellitus”, **Coronary Artery Disease Journal** vol. 16 No. 8 (2005): 465-472.

อาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะเหมือนกับผู้ป่วยหลาย ๆ โรคที่ต้องรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อควบคุมไม่ให้ภาวะของโรครุนแรงมากขึ้น อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม คือ อาหารที่ให้พลังงานต่ำ มีแป้งและน้ำตาลน้อย ไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ และมีปริมาณโซเดียมหรือเกลือแกงต่ำ

อาหารส่งผลต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างไร

อาหารที่รับประทานเข้าไปจะถูกเปลี่ยนให้เป็นพลังงาน เพื่อให้อวัยวะต่างๆในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พลังงานที่ถูกสร้างขึ้นจากอาหาร ถ้ามีมากเกินกว่าที่ร่างกายใช้ไป จะถูกเปลี่ยนรูปไปเป็นน้ำตาลกลูโคสเก็บสะสมไว้ที่เซลตับและกล้ามเนื้อ แต่ถ้ามีปริมาณกลูโคสที่มากเกิน จะถูกเปลี่ยนรูปไปเป็นไตรกลีเซอไรด์เก็บสะสมที่เซลไขมันบริเวณชั้นใต้ผิวหนังรอบ ๆ เอว ทำให้เกิดการอ้วนลงพุง นอกจากนี้ระดับน้ำตาลกลูโคสที่มากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีผลต่อการหดรัดตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

ดังนั้น การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมันและคอเลสเตอรอลสูง และเกลือโซเดียมสูง ที่มากเกินกว่าที่ร่างกายจะนำไปใช้ จะส่งผลให้ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมรุนแรงมากขึ้น คือทำให้อ้วนลงพุง ระดับไขมันไตรกลีซอลไรด์ในเลือดสูง ระดับเอช ดีแอลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง

หลักในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

1. เลือกรับประทานอาหารที่ได้พลังงานที่พอเหมาะกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไปในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ในเกณฑ์ปกติ โดยคำนวณพลังงานอาหารตามค่าดัชนีมวลกาย โดยเพศชายรับประทานให้ได้พลังงานอาหาร 2,000-2,400 กิโลแคลอรีต่อวัน ส่วนเพศหญิง รับประทานให้ได้พลังงานอาหาร 1,600-2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ในกรณีที่มีน้ำหนักตัวเกิน ให้ปรับอาหารเพื่อลดปริมาณพลังงาน และปรับสัดส่วนของอาหารให้เหมาะสม โดยการทำให้เกิดการขาดทุนพลังงานประมาณ 500-1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งจะทำให้น้ำหนักตัวลดลงประมาณ ครึ่งกิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม ตามสัดส่วนกลุ่มอาหาร ดังรูป

3. อาหารที่หลากหลายชนิดในแต่ละกลุ่ม สามารถเลือกกินสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันได้ภายในกลุ่มเดียวกัน ทั้งกลุ่มข้าว แป้ง ธัญญาพืช กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มไขมัน และกลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม

4. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ มีปริมาณน้ำตาลต่ำ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ และควบคุมปริมาณเกลือโซเดียม โดยมีปริมาณพลังงานที่แนะนำ และสารอาหารประเภทต่าง ๆ ดังตาราง

ตารางที่ 1 สารอาหารและปริมาณที่แนะนำ

สารอาหาร	**ปริมาณที่แนะนำ**
แคลอรี	ลดลงจากเดิม 500-1000 กิโลแคลอรี่ต่อวัน จากปริมาณที่รับประทานอยู่เดิม
ปริมาณไขมันทั้งหมด	25-35 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
ไขมันอิ่มตัว	7% ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
ไขมันไม่อิ่มตัวแบบโมเลกุลเดี่ยว	ไม่เกิน 20 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
ไขมันไม่อิ่มตัวแบบหลายโมเลกุล	ไม่เกิน 10 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
ไขมันชนิดทรานส์	ไม่เกิน 1 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
คอเลสเตอรอล	ไม่เกิน 200 มก/วัน

สารอาหาร	ปริมาณที่แนะนำ
โปรตีน	10-15 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด โดยควรเป็นโปรตีนที่ได้จากพืช ส่วนโปรตีนจากสัตว์ต้องเป็นเนื้อที่ไม่ติดมัน
คาร์โบไฮเดรต	45-60 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
เกลือแกง (NaCl)	ไม่เกิน 2.4 กรัมของโซเดียม (100 mmol/day)
ไฟเบอร์หรือใยอาหาร	20-30 กรัมต่อวัน
แอลกอฮอร์	ไม่เกิน 2 ดริ้งต่อวัน สำหรับผู้ชาย และไม่เกิน 1 ดริ้งต่อวัน สำหรับผู้หญิง

สัดส่วนที่ควรรับประทานอาหารในแต่ละวัน

การกำหนดสัดส่วนที่ควรรับประทานอาหารในแต่ละวัน ขึ้นกับปริมาณของพลังงานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน ซึ่งสามารถคำนวณได้จากน้ำหนักตัวและเปรียบเทียบกับระดับดัชนีมวลกาย ดังนี้

ตารางที่ 2 สัดส่วนที่ควรรับประทานในแต่ละวัน

เกณฑ์	ดัชนีมวลกาย	พลังงานที่ต้องการในแต่ละวันต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
ผอม	< 18.5 กก./ ม.^{2}	35 กิโลแคลอรี
ปกติ	18.5 – 22.9 กก./ ม.^{2}	30 กิโลแคลอรี
ท้วม	23.0 – 24.9 กก./ ม.^{2}	25 หรือ 30 กิโลแคลอรี
อ้วน	25.0 – 30.0 กก./ ม.^{2}	25 กิโลแคลอรี
อ้วนมาก	> 30 กก./ ม.^{2}	20 กิโลแคลอรี

ตัวอย่าง

ชายคนหนึ่งมีความสูง 165 ซม. แต่มีน้ำหนักตัวมาก มีน้ำหนักตัวประมาณ 75 กก. คำนวณค่าดัชนีมวลกายได้ 27.5 กก./ม^2 ดังนั้นควรกินอาหารให้ได้พลังงานประมาณวันละ 75 x 20 = 1,500 กิโลแคลอรี

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กก.)}}{\text{ส่วนสูง (ม}^2\text{)}}$$

ตารางที่ 3 สัดส่วนอาหารในแต่ละกลุ่มอาหารต่อ 1 ส่วน

หมวดอาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี)						
	1500	1600	1700	1800	1900	2000	2400
น้ำนมขาดมันเนย	1	1	1	2	1	2	2
ผักประเภท ข.	4	4	4	4	4	5	6
ผลไม้	3	3	3	3	3	3	5
ข้าว แป้ง ธัญพืช	7	8	8.5	8.5	10	10.5	12
เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย	3	4	4	4	4	5	6
เนื้อสัตว์ที่มีไขมันปานกลาง	3	4	4	5	5	5	6
ไขมัน	4	4.5	5	5	5.5	5.5	6
น้ำมัน น้ำตาล เกลือ	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น						

กิจกรรมทางกายกับเมตาบอลิกซินโดรม

การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมที่ไม่อยู่นิ่งจะช่วยเผาผลาญไขมันที่เก็บสะสมตามร่างกาย ช่วยลดความอ้วน และลดความรุนแรงของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอิริยบท ได้แก่ การนั่ง ยืน เดิน วิ่ง ซึ่งเป็นการเพิ่มการใช้พลังงานมากขึ้นกว่าการนั่งนิ่งๆอยู่กับที่ กิจกรรมทางกายจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงาน การทำงานบ้าน การเดินทาง และกิจกรรมยามว่าง โดยมีลักษณะดังนี้คือ

1. กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน โดยประเมินจากอิริยาบทส่วนใหญ่ที่ใช้ในการทำงาน เช่น ยืน นั่ง หรือเดิน และประเภทของงานที่ทำ โดยดูจากลักษณะการออกแรงในการทำงาน ร่วมกับระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน (เป็นชั่วโมงและนาที) ต่อวัน และจำนวนวันต่อสัปดาห์ เช่น หาบขนมขาย ขนของขึ้นลง ถีบสามล้อ เกี่ยวข้าว เป็นต้น

2. กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การเดินทางไปทำงาน ไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด ไปทำธุระต่างๆ โดยให้ความสำคัญกับการเดิน หรือปั่นจักรยาน ซึ่งควรใช้เวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป โดยพิจารณาร่วมกับระยะทางที่ใช้ในการเดิน หรือปั่นจักรยานในแต่ละวัน และเป็นจำนวนวันต่อสัปดาห์

3. กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานบ้าน งานสวน งานสนามในบริเวณบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ทำครัว ล้างถ้วยชาม เช็ดถูกระจก ล้างขัดพื้น ถูบ้าน เก็บเกี่ยวดอกไม้/ผลไม้/ผัก ขุดดิน ตัดแต่งกิ่ง ดายหญ้า เป็นต้น

4. กิจกรรมทางกายในเวลาว่าง กิจกรรมเหล่านี้เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลาที่นอกเหนือเวลาทำงานและการเดินทาง เช่น การนอนดูโทรทัศน์ การนั่ง ๆ นอน ๆ อ่านหนังสือ การทำสวน หรือการออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การว่ายน้ำ การเต้นรำ การเต้นแอโรบิค การเล่นกอล์ฟ เป็นต้น ทั้งนี้การทำกิจกรรมในเวลาว่างยังสามารถแบ่งย่อยได้อีก 3 ประเภทได้แก่

4.1. การทำกิจกรรมนันทนาการ เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ปีนเขา ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น

4.2 การเล่นกีฬา

4.3. การออกกำลังกายหรือการฝึกฝนร่างกาย คือ การเครื่อนไหวร่างกายที่สร้างขึ้นอย่างเป็นแบบแผน กระทำซ้ำๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมด เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก เช่น เดินเร็ว วิ่ง/วิ่งเหยาะ ถีบจักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ กระโดดเชือก กรรเชียงเรือ เล่นกีฬาประเภทฝึกความอดทน เป็นต้น

หลักการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะเมตบอลิกซินโดรม

1. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายด้วยความหนักหรือความแรงในระดับเบาถึงปานกลาง ดังนี้

- การออกกำลังกายแบบเบา ควรออกกำลังกายครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์
- การออกกำลังกายแบบปานกลาง ควรออกกำลังกายครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์

ในช่วงแรกที่ออกกำลังกายให้ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 วัน แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนวันจนได้เป็น 5 วันต่อสัปดาห์

2. เคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น เช่น การเดินแทนการขับรถไปยังสถานที่ไม่ไกล การขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การทำงานบ้านเอง การล้างรถเอง เป็นต้น เพื่อให้เกิดการใช้พลังงาน

3. ลดกิจกรรมที่ไม่ใช่พลังงาน หรือกิจกรรมที่อยู่นิ่งกับที่เป็นเวลานาน ได้แก่ การดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ เล่นคอมพิวเตอร์ เล่นอินเตอร์เน็ต เป็นต้น

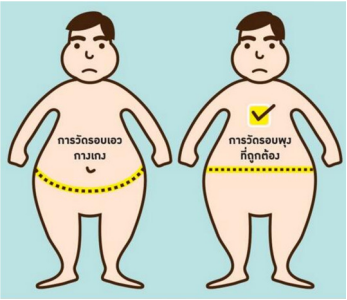
ตารางที่ 4 ตัวอย่างกิจกรรมที่ต้องออกแรงในระดับต่างๆ

ระดับเบามาก	ระดับเบา	ระดับปานกลาง	ระดับหนัก	ระดับหนักมาก
การทำงานบ้าน				
-ซักผ้า -โกนหนวด -สวมเสื้อผ้า -ทำอาหาร -ล้างจาน -ทำงานบ้านเบาๆ -ขับรถแบบเกียร์ออโต -ทำงานแบบนั่งโต๊ะ	-เช็ดกระจกหน้าต่าง -กวาดบ้าน เช็ดบ้าน ดูดฝุ่น -ถูพื้น -ตัดหญ้าด้วยเครื่อง -ปูที่นอน -รดน้ำต้นไม้ ตัดแต่งกิ่ง -ยกของหนัก (7-15 kg)	-พรวนดินแบบง่าย -ขึ้นบันไดช้าๆ -ดายหญ้าด้วยเครื่องมือที่ใช้แรงมือ -ขัดพื้น -ยกของหนัก (15-30 kg)	-เลื่อยไม้ -ใช้พลั่ว เสียม -ขึ้นบันไดด้วยความเร็วปานกลาง -ยกของหนัก (30-45 kg)	-ยกของเดินขึ้นบันได -ขึ้นบันไดด้วยความเร็วปกติ -ขุดดิน ตักทราย
อาชีพ				
-ทำงานแบบนั่งโต๊ะ (เสมียน/ควบคุมเครื่องจักร) -นั่งพูดโทรศัพท์ -นั่งพิมพ์งานด้วยคอมพิวเตอร์ -นั่งเล่นเกมส์/คอมพิวเตอร์ -นั่งเรียนหนังสือจดบทเรียน -ร้อยดอกไม้ -ทำงานที่ต้องยืน เช่น เก็บของขึ้นชั้น	-งานช่างไม้ทั่วไป -จัดของเบาๆขึ้นชั้น -งานเชื่อม/งานช่างไม้ -เดินส่งของหรือเอกสาร/เดินทำงาน -งานอิเลคโทรนิค	-งานตกแต่งภายนอก -เลื่อยไม้ -ขจัดสิ่งสกปรก/ปฏิกูล -ควบคุมเครื่องมือที่ใช้ลมเป่า	-ขุดคูท้องร่อง -เดินขึ้นเนิน/ขึ้นเขา -งานก่อสร้าง	-เลื่อยไม้ ตัดฟืน -ใช้แรงงาน -ดับเพลิง

ระดับเบามาก	ระดับเบา	ระดับปานกลาง	ระดับหนัก	ระดับหนักมาก
กิจกรรมยามว่าง				
-ปักผ้า ถักผ้า	-เต้นรำจังหวะช้า	-เต้ารำจังหวะเร็ว	-เดินเร็วมาก	-เล่นเทนนิสคู่
เย็บผ้า	-รำไทชี จี้กง	-เดินเร็ว	-เล่นฟุตบอล	-แข่งฟุตบอล
-นั่งวาดภาพ	โยคะ	-เล่นปิงปองคู่	-วิ่ง	-แข่ง
-นั่งอ่านหนังสือ	-เล่นปิงปอง	-เล่นเทนนิส	-ขี่จักรยานเร็ว	บาสเกตบอล
-นั่งตกปลา	-ปั่นจักรยานช้าๆ	แบบน๊อคบอร์ด	-เล่นเทนนิส	-แข่งชกมวย
-นั่งเล่นดนตรี	-กอล์ฟแบบเดิน	-เต้นแอโรบิค	เดี่ยว	
-นั่งดูหนัง/	-บิลเลียต	-วิ่งเยาะๆ	-ว่ายน้ำ	
ดูโทรทัศน์	สนุกเกอร์	-ว่ายน้ำ	แข่งขัน	
-เล่นกระดานเกม	-ยืดกล้ามเนื้อ	-การออกกำลัง	-ปั่นจักรยาน	
หมากรุก	แบบใช้อุปกรณ์	กายในน้ำ	เร็วๆ	
หมากฮอล์	แบบเบา	-ปั่นจักรยาน	-ยืดกล้ามเนื้อ	
-เดินในห้างหรือ		-ยืดกล้ามเนื้อ	แบบใช้	
สำนักงาน		แบบใช้อุปกรณ์	อุปกรณ์แบบ	
-กอล์ฟแบบนั่งรถ		แบบปานกลาง	หนัก	
-บริหารร่างกาย			-แข่ง	
แบบไม่ใช้อุปกรณ์			แบดมินตัน	

การวัดรอบเอว

การวัดขนาดรอบเอว เป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยขนาดรอบเอวที่มากกว่า 90 ซ.ม.ในชาย หรือรอบเอวมากกว่า 80 ซ.ม.ในหญิง เป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยมีวิธีวัดรอบเอวตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้



1. วัดท่ายืน
2. ใช้สายวัดพันรอบเอวโดยวัดผ่านสะดือ วัดให้ขนานกับพื้น โดยให้สายวัดแนบกับผิวหนัง ไม่วัดบนเสื้อผ้า รัดกำลังดี ไม่แน่นหรือหลวมเกินไป
3. วัดในขณะที่หายใจออกจนสุด
4. หน่วยวัดให้ใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร

บัญญัติ 10 ประการเพื่อควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

1. ต้องมีจิตใจเข้มแข็ง ตั้งใจแน่วแน่ และมีกำลังใจที่จะลด เพื่อความสวยงามและหลีกเลี่ยงโรคภัย ที่จะแทรกซ้อนเข้ามา

2. ตั้งใจจริง อดทน ไม่ตามใจปาก รับประทานอะไร ต้องนึกถึงพลังงานที่ใส่เข้าในร่างกาย ว่าร่างกายต้องการ หรือเกิดจากความอยาก

3. ปรับเปลี่ยนการกินอาหารบางชนิด

4. ปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคอาหาร
   - รู้จักปฏิเสธบ้าง เมื่อมีใครมาชวนให้กินอาหารที่มีพลังงานสูง
   - เคี้ยวอาหารช้าๆ นานๆ ทำให้กินอาหารได้น้อยลง
   - กินอาหารให้ถูกเวลาทั้ง 3 มื้อ และไม่นอนดูทีวีหลังกินอาหาร

5. อย่ากินอาหารขณะดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ จะทำให้กินอาหารได้มากเกินโดยไม่รู้ตัว

6. อย่าวางอาหารที่ชอบเป็นพิเศษไว้ใกล้ๆ หรือหยิบสะดวก

7. ไม่ควรซื้ออาหารมาเก็บมากเกินความจำเป็น

8. เคลื่อนไหว ออกแรง ออกกำลังกาย โดยเลือกทำสิ่งที่ชอบ เช่น เดินขึ้นบันได ทำงานบ้าน ฯลฯ อย่างสม่ำเสมอทุกวัน

9. บันทึกขนาดรอบเอว รวมทั้งบันทึกการบริโภคในแต่ละวัน เพื่อติดตามผลและถ้าพุงไม่ลดให้สำรวจดู รายการอาหารที่กินแล้วทำให้พุงเพิ่ม ว่ามีอะไรบ้าง

10. สัญญากับตัวเองว่าจะปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ โดยหลีกเลี่ยงข้อแก้ตัวต่างๆ ที่จะเป็นอุปสรรคในการลดน้ำหนัก

พระสงฆ์กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ปัจจุบันมีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพจำนวนมาก ส่วนใหญ่ประสบปัญหาน้ำหนักตัวเกิน หรือป่วยด้วยโรคอ้วน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉัน

อาหารตามที่ฆราวาสตักบาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของพระภิกษุไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ จัดสภาพแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี และไม่เกิดการอาพาธ

พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560[5] ได้ใช้ หลักทางธรรมนำทางโลกในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เช่น การฉันอาหารหรือการขยับกายที่เหมาะสมตามฐานานุรูป

ปัญหาสำคัญคือ พระสงฆ์มีพระธรรมวินัย ไม่สามารถเลือกอาหารฉันได้ ดังนั้นญาติโยมสำคัญมาก ต้องช่วยรณรงค์เรื่องการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วย เช่น อาหารทำบุญตักบาตร ควรเปลี่ยนจากอาหารทางโลกเป็นอาหารสุขภาพหรืออาหารทางธรรมที่เน้นคุณภาพมากกว่าปริมาณ

ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ 7 กล่าวว่า พระสงฆ์พึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง ทั้งเรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การฝึกพัฒนาจิตและปัญญาเพื่อให้มีความพร้อมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้สืบทอด และเผยแพร่พุทธศาสนาได้อย่างเต็มที่

แนวทางการฉันภัตตาหารเพื่อสุขภาพที่ดี[6]

คำว่า “โภชนะ” หรือ “โภชนัง” ตามที่ได้ปรากฏในพระไตรปิฎก ซึ่งพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) อธิบายไว้ในพจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์ว่าหมายถึงของฉัน หรือของกิน ๕ อย่าง ได้แก่ ข้าวสุก ขนมสด ขนมแห้ง ปลา เนื้อ นั้น นับเป็น ๑ ในปัจจัย ๔ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เป็นการสร้างความสมดุลให้แก่ร่างกายมนุษย์จึงควรได้รับอาหารที่มีสารอาหาร

---

[5] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560.** (กรุงเทพฯ: บริษัท โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์ จำกัด, 2560).

[6] เลิศลักษณา ยอดอาวุธ และคณะ. **การบำรุงรักษาสุขภาพสำหรับสมาชิก.** (กรุงเทพฯ: ดาวฤกษ์ คอมมูนิเคชั่น, 2559).

และปริมาณอย่างเพียงพอ ดังนั้นการฉันอาหารอย่างเหมาะสม ถือเป็นหนึ่งในวัตรปฏิบัติที่มีความสำคัญยิ่ง

ขณะเดียวกัน พระพุทธองค์ยังทรงบัญญัติหลักธรรมอันเนื่องมาจากโทษแห่งการขาดความสมดุลด้านการบริโภค โดยการฉันอาหารที่มากเกินควร ว่าเป็นเหตุให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพไว้ด้วยดังความในพระสุตตันตปิฎก ขุททกนิกายชาดกซึ่งกล่าวถึงเรื่องไม่ให้พระภิกษุฉันอาหารในปริมาณที่อิ่มมากเกินความต้องการของร่างกายอันเป็นเหตุให้เกิดทุกข์ทางกาย ตอนหนึ่งว่า

“ภิกษุบริโภคของสดหรือของแห้งไม่ควรให้อิ่มมากเกินไป เป็นผู้มีท้องพร่อง รู้จักประมาณในอาหาร มีสติพึงงดเว้นเสีย ยังอยู่ ๔-๕ คำ ก็จะอิ่ม อย่าบริโภค พึงดื่มน้ำแทนเป็นเพียงพอ เพื่อจะอยู่อย่างผาสุก สำหรับภิกษุผู้มีจิตตั้งมั่น เวทนาของภิกษุนั้นผู้เป็นมนุษย์มีสติอยู่ทุกเวลา ผู้ได้โภชนะแล้วรู้จักประมาณ ย่อมเป็นเวทนาที่เบา อาหารที่บริโภคย่อมค่อย ๆ ย่อยไปเลี้ยงอายุ”

การฉันอาหารเกินพอดี ยังถือเป็นความไม่เหมาะสมในข้อวัตรปฏิบัติสำหรับพระภิกษุสงฆ์กระทั่งพระพุทธองค์ทรงบัญญัติไว้เป็นข้อห้ามในการบิณฑบาตและฉันอาหารในหลายกรณี เช่น ห้ามฉันอาหารในโรงพักเดินทางเกิน ๑ มื้อ สืบเนื่องจากเหตุที่พระภิกษุนามว่า ฉัพพัคคีย์ ไปฉันอาหารในโรงพักเดินทางที่คณะเจ้าของเขาจัดอาหารให้เป็นทานแก่คนเดินทางที่มาพัก แล้วเลยถือโอกาสไปพักและฉันเป็นประจำ จนเป็นที่ติเตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า

"ภิกษุพึงฉันอาหารในโรงพักเพียงมื้อเดียว ถ้าฉันเกินกว่านั้นต้องอาบัติปาจิตตีย์"

แล้วยังเป็นเหตุแห่งความเสื่อมถอยของสุขภาวะทางร่างกายในหมู่พระภิกษุสงฆ์สาวก เพื่อให้หมู่พระภิกษุและสามเณรสามารถดำเนินข้อวัตรปฏิบัติด้านโภชนาการอย่างมีแบบแผน พระพุทธองค์จึงทรงบัญญัติสิกขาบท อันเป็นข้อห้ามเพื่อการรักษาศีล เกี่ยวกับการบิณฑบาตและการฉันภัตตาหาร ซึ่งรวบรวมอยู่ในเสขิยวัตร ๔ ตอนที่ว่าด้วยโภชนปฏิสังยุต (ธรรมเนียมเกี่ยวกับการรับบิณฑบาตและฉันอาหาร) ซึ่งแนวทางนี้จะเป็นแนวทางที่ช่วยให้พระภิกษุสงฆ์ฉันภัตตาหารได้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองโดยไม่ผิดต่อพระธรรมวินัย

การฉันภัตตาหารเพื่อให้พระภิกษุและสามเณรมีสุขภาพที่ดี พระภิกษุและสามเณรจึงจำเป็นต้องคำนึงถึง สารอาหารที่เหมาะสมต่อร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งการฉันภัตตาหารที่เหมาะสมควรยึดหลักโภชนบัญญัติ และสัดส่วนกลุ่มอาหารเป็นแนวทางที่

สำคัญด้วยการเลือกฉันภัตตาหารที่มีประโยชน์ ฉันในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่มากหรือน้อยเกินไปจนก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ทั้งนี้ ในการฉันภัตตาหาร ที่เหมาะสมสำหรับพระภิกษุและสามเณรในแต่ละวัน ควรจัดแบ่งปริมาณอาหารที่แนะนำไว้ตามสัดส่วนกลุ่มอาหาร (กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม) ในกรณีที่วัดบางแห่ง อนุญาตให้พระภิกษุและสามเณรสามารถ ฉันอาหารได้วันละ ๒ มื้อ ควรแบ่งกลุ่มของอาหาร ที่จะฉันให้มีความสมดุล เช่น หากในเวลาเช้า พระภิกษุและสามเณรฉันภัตตาหารกลุ่มใดมาก เมื่อถึงเวลาเพลก็ควรฉันภัตตาหารกลุ่มนั้นให้น้อยลง เป็นต้น

ในกรณีของการฉันนมนั้น ไม่ควรฉันหลังอาหารทันที เพราะสารอาหารในนมจะไปขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก จึงควรฉันภายหลังจากที่ได้ ฉันภัตตาหารมื้อหลักผ่านไปประมาณ ๑-๒ ชั่วโมง นอกจากนี้ การฉันอาหารให้เหมาะสมสำหรับร่างกายนั้น ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะโภชนาการของพระภิกษุและสามเณรด้วย เช่น ในกรณีของสามเณรควรให้ความสำคัญต่อการฉันภัตตาหารที่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของสภาวะการเจริญเติบโตของร่างกาย ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อน้ำหนักและส่วนสูงของสามเณรในแต่ละช่วงวัย เช่นเดียวกันกับในกรณีของพระภิกษุสงฆ์ควรคำนึงถึงอายุและวัยเช่นเดียวกัน เพราะหากเป็นภิกษุที่เข้าสู่วัยชรา การฉันภัตตาหารเกินสมดุลจะส่งผลให้การเผาผลาญอาหารของร่างกายทำงานอย่างผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุความเจ็บป่วยของร่างกายได้

เนื่องจากวัตรปฏิบัติของพระภิกษุและสามเณร ส่วนใหญ่มุ่งใช้กำลังสมองมากกว่ากำลังแรงกาย อาหารที่จำเป็นและมีความเหมาะสมต่อการทำงานของร่างกายจึงควรเป็นอาหารที่ให้พลังงานและเสริมสร้างสมองเป็นหลัก ซึ่งได้รับการบัญญัติไว้ในพระไตรปิฎกสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยสามารถสรุปเป็นหลักโภชนบัญญัติได้ดังนี้

ที่มา: เลิศลักษณา ยอดอาวุธและคณะ (2559). การบำรุงรักษาสุขภาพสำหรับสมาชิก กรุงเทพ: ดาวฤกษ์ คอมมูนิเคชั่น

แนวทางการเคลื่อนไหวอิริยาบถของพระสงฆ์

การดูแลสุขภาวะด้านร่างกายสำหรับพระภิกษุและสามเณร ด้วยการเคลื่อนไหวอิริยาบถนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งมาแต่สมัยพุทธกาล ไม่ว่าจะเป็นการยืน การเดิน การนั่งการนอนการเคลื่อนไหวมือ แขนขา หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยนอกจากจะเป็นแนวทางในการเจริญ “กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน” อันเป็นการพิจารณาการเคลื่อนไหวอิริยาบถทางกายที่เรียกว่า “อิริยปถบรรพ” แล้ว การเจริญกายานุปัสสนาสติปัฏฐานจะเป็น“กัมมัฏฐาน” ที่นำไปสู่การเจริญวิปัสสนากรรมฐานให้ถึง “อริยมรรค”เพื่อก้าวสู่ความบริสุทธิ์หลุดพ้นจากกองทุกข์สิ้นเชิง

การบริหารขันธ์อันเป็นแนวทางการบริหารกายของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร[7] พระสงฆ์สามารถจะออกกำลังกายคือ บริหารขันธ์นี้ได้ ต้องเป็นการบริหารร่างกายด้วยความสำรวมระวังไม่ให้ศรัทธาปสาทะของสาธุชนผู้ใฝ่ในธรรมเสื่อมไป ต้องทำด้วยความเหมาะสม พอดี ทำในที่อันควรไม่แสดงไปตามวิสัยของชาวบ้าน

การบริหารร่างกายที่เหมาะสมสำหรับพระภิกษุสงฆ์และสามเณร[8]

การบริหารร่างกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจอุดกั้น ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน เป็นต้น การบริหารร่างกายเป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพหัวใจและหลอดเลือด หรือที่เรียกว่า “การบริหารร่างกายแบบแอโรบิก” ลักษณะสำคัญของการบริหารชนิดนี้คือ มีการเคลื่อนไหวแขน/หรือขา รวมถึงลำตัว อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยไม่จำเป็นต้องหมายถึงการเต้นแอร์โรบิกดังเช่นประชาชนทั่วไปนิยม แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ในพระภิกษุ สามเณร เนื่องจากไม่เหมาะควรกับสมณเพศ

ประเภทการบริหารกายพระภิกษุสงฆ์และสามเณร

การเคลื่อนไหวอิริยาบถทางกาย หรือการบริหารขันธ์สำหรับพระภิกษุและสามเณรในทางพระพุทธศาสนา จึงเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลร่างกายให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าจะเป็นไปเพื่อความกำยำของร่างกาย[9] ซึ่งการบริหารขันธ์ของภิกษุสงฆ์สาวกได้ปรากฏขึ้นมาแต่สมัยพุทธกาล ภายใต้วัตรปฏิบัติที่ยังคงสืบทอดมาจวบจนปัจจุบัน ได้แก่การบิณฑบาต การกวาดลานวัด และการจงกรม

1. การบิณฑบาต การบิณฑบาต เป็นการเคลื่อนไหวอิริยาบถ หรือการบริหารขันธ์ที่จัดเป็นวัตรปฏิบัติที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับภิกษุสงฆ์สาวก การเดินบิณฑบาตด้วยเท้าเปล่าเป็นระยะทาง ๒-๓ กิโลเมตรต่อวัน นอกจากจะเป็นการเจริญกายานุปัสสนาสติปัฏฐาน ยังเป็นการเดินออกกำลังกายประเภทหนึ่งที่มีความหนักระดับเบา-ปานกลาง

---

[7] โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์. (**กรุงเทพฯ: สินทวีการพิมพ์, 2554).

[8] สุขใจ พนิชศักดิ์พัฒนา. **การบริหารร่างกาย สำหรับพระภิกษุ สามเณร และประชาชน.** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์, 2558).

[9] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์.**

2. การกวาดลานวัด เป็นวัตรปฏิบัติสำหรับพระภิกษุและสามเณรต่อเนื่องจากการบิณฑบาต การกวาดลานวันเป็นการบริหารขันธ์ที่ให้ผลด้านความแข็งแรงสมบูรณ์ของสุขภาวะทางกาย เนื่องจากต้องใช้กำลังแขนและกำลังขา ซึ่งถือเป็นการบริหารร่างกายร่างกายแบบหนึ่ง

3. การจงกรม เป็นการเดินอย่างมีสติกำหนดรู้ความเคลื่อนไหวทางกายในทุกย่างก้าว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายในระดับเบา การเดินจงกลมเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหายใจ ช่วยให้เซลร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจงกลมเป็นการฝึกการทรงตัว เพื่อป้องกันการหกล้ม การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง เพื่อป้องกันอาการหลังค่อม โดยยืดหลังให้ตรงพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อหลัง แอ่นอกไปด้านหน้า

นอกจากนี้การเดินจงกรมเป็นการเจริญสติ เป็นเครื่องกั้นจิตที่ไม่ให้บรรลุธรรมประกอบด้วย *“กามฉันทะ”* ความพอใจยินดีในกาม *“พยาปาทะ”* ความไม่พอใจ ขุ่นเคืองใจ *“ถีนมิทธะ”* ความหดหู่ เศร้าซึม *“อุทธัจจกุกกุจจะ”* ความฟุ้งซ่าน และ *“วิจิกิจฉา”* ความลังเลสงสัย อันเป็นกิเลสเครื่องกั้นไม่ให้ผู้ปฏิบัติธรรมเข้าถึงอริยมรรคดแล้ว ยังเป็นการพัฒนาสุขภาพจิตที่ไม่เกิดภาวะเครียด หรือภาวะซึมเศร้า

อาจกล่าวได้ว่า ทั้งการบิณฑบาต การกวาดลานวัด และการจงกรม ล้วนแล้วแต่เป็นแนวทางการบริหารขันธ์สำหรับพระภิกษุและสามเณร ที่ยังผลให้เกิดความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังเกื้อหนุนต่อการเจริญวิปัสสนาปัญญา เพื่อถึงความบริสุทธิ์หลุดพ้นจากกองทุกข์สิ้นเชิงอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ *การบริหารขันธ์ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ* การบริหารร่างกายสำหรับพระสงฆ์ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมีประโยชน์ต่อการเพิ่มความอ่อนตัว และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อต่อ

ต่างๆ ของร่างกาย สามารถประสานทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยลดความเจ็บปวด และการยึดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการผ่อนคลายมากขึ้นด้วย

แนวทางในการออกกำลังกาย

การเดินบิณฑบาต และการเดินจงกรม ควรเดินต่อเนื่อง 30 นาทีขึ้นไป หรือเดิน 10-15 นาที 2-3 รอบ สะสมรวมกัน 30 นาทีก็ได้

แนวปฏิบัติในการบริหารกายพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ดังนี้ [10]

- ควรเลือกสถานที่เป็นส่วนตัว เช่น ในกุฏิ ห้องบริหารร่างกายสำหรับพระสงฆ์ พื้นที่โล่งในเขตวัด มีอากาศถ่ายเทสะดวก เป็นต้น
- การนุ่งห่ม อาจนุ่งสบง รัดประคบ เพื่อให้กระชับรัดกุม ไม่จำเป็นต้องสวมจีวร เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนไหว
- ถ้าเป็นการเดิน ควรเดินในทางที่ราบเรียบ ไม่ชื้นแฉะ และควรสวมรองเท้าที่เบาสบาย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่ฝ่าเท้าขณะเดินออกกำลังกาย เพราะการเดินเปล่าอาจทำให้เหยียบของมีคมหรือก้อนกรวดบนพื้นได้ โดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน อาจมีปัญหาเรื่องการรับรู้ความรู้สึกลดลงที่เท้าทั้งสองข้างได้
- หากพระภิกษุหรือสามเณรมีข้อจำกัดเรื่องโอกาส และสถานที่ในการเดิน อาจนำอุปกรณ์ออกกำลังกายบางประเภทมาใช้ได้ เช่น จักรยานปั่น ลู่เดิน แต่ทั้งนี้ควรกระทำในสถานที่ส่วนตัว ที่มีความมิดชิดจึงจะเหมาะสม
- บริหารร่างกายให้เหมาะสมกับอายุ และสภาพร่างกาย
- ก่อนและหลังการบริหารร่างกาย ควรมีการอบอุ่นร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมด้วย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความตึงและเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ และกล้ามเนื้อ วิธีการอบอุ่นร่างกายอาจทำได้โดยการทำงานเบาๆ หรือการเดินเร็ว ๆ ประมาณ 5-10 นาที จนร่างกายอบอุ่นขึ้นแล้วจึงยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
- ควรบริหารร่างกายในช่วงที่ไม่หิว หรืออิ่มเกินไป ถ้ารับประทานไปแล้ว ควรรอหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
- ควรอบอุ่นร่างกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลังการบริหารร่างกายทุกครั้ง

---

[10] อ้างแล้ว, **การบริหารร่างกาย สำหรับพระภิกษุ สามเณร และประชาชน.**

ข้อควรระวังในการบริหารร่างกาย

- ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อน อบอ้าว หรือแดดจ้า
- ไม่ควรบริหารร่างกายขณะรู้สึกอ่อนเพลีย หรือไม่สบาย เป็นไข้ หรือท้องเสีย
- ไม่ควรบริหารร่างกายที่ต้องออกแรงแกร่ง หรือเบ่ง
- ไม่ควรบริหารร่างกายที่มีแรงต่อข้อ โดยเฉพาะข้อที่รับน้ำหนักตัว
- ไม่ควรเปลี่ยนทิศทางในการบริหารร่างกายอย่างฉับพลัน หรือบนทางลาด หรือทางลื่น

ข้อบ่งชี้ในการหยุดบริหารร่างกาย

- มีอาการแน่นหน้าอก
- เหนื่อยมาก หอบ หายใจไม่ทัน
- เวียนศีรษะ หน้าซีด เป็นลม
- ความดันโลหิตลดลงขณะบริหารร่างกาย หรือความดันโลหิตสูงมาก ๆ
- อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ
- เจ็บปวดกล้ามเนื้อ หรือข้อต่ออย่างรุนแรง

สรุป

การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์และสามเณรสามารถกระทำได้เหมือนฆราวาสทั่วไป โดยสามารถทำในรูปแบบกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์ การประกอบศาสนกิจ และการปฏิบัติงานที่ใช้แรงกาย เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันการกำเริบของโรค เพื่อที่จะได้เป็นเสาหลักในการถ่ายทอดพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายการออกกำลังกายในพระสงฆ์.** กรุงเทพฯ: สินทวีการพิมพ์, 2554.

เลิศลักษณา ยอดอาวุธและคณะ. **การบำรุงรักษาสุขภาพสำหรับสมาชิก.** กรุงเทพฯ: ดาวฤกษ์ คอมมูนิเคชั่น, 2559.

วณิชา กิจวรพัฒน์. **โรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome)** นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560.** กรุงเทพฯ: บริษัท โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์ จำกัด, 2560.

สุขใจ พนิชศักดิ์พัฒนา. **การบริหารร่างกาย สำหรับพระภิกษุ สามเณร และประชาชน.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์, 2558.

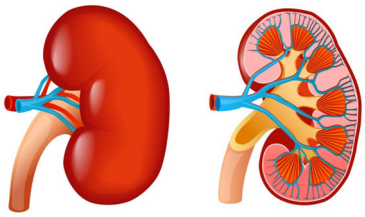
Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. “Diagnosis and management of the metabolic syndrome”, **Circulation.** vol. 112 (25 October 2005): 285-290.

Simonson, G.D., & Kendall, D.M., “Diagnosis of insulin resistance and associated syndrome: The spectrum from the metabolic syndrome to type 2 diabetes mellitus”, **Coronary Artery Disease Journal** vol. 16 No. 8 (2005): 465-472.

โรคไตเรื้อรัง

นพ.สมบูรณ์ จีนาพงษา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร

ร่างกายคนเรานั้นมีไตอยู่ 2 ข้าง อยู่ตรงตำแหน่งใต้กระดูกซี่โครง มีความยาวโดยวัดเส้นผ่าศูนย์กลางตามความยาวได้ประมาณ 11-12 เซนติเมตร ไตมีหน้าที่กรองของเสียจากเลือดผ่านออกมาทางท่อไตเกิดเป็นน้ำปัสสาวะขับออกจากร่างกายทางท่อปัสสาวะ ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยไตที่ปกติเพียง 1 ข้าง เพราะมีการปรับสมดุลได้ดีมาก ดังนั้นผู้ที่บริจาคไต 1 ข้างจึงสามารถมีชีวิตที่ปกติด้วยไตที่เหลือเพียงข้างเดียวได้



ไตมีหน้าที่อะไรบ้าง

ไตของคนเรานั้นมีหน้าที่อยู่หลายอย่างด้วยกัน คือ

- การปรับสมดุลน้ำในร่างกาย
- การปรับสมดุลของสารเกลือแร่และกรด-ด่างในร่างกาย
- การกำจัดของเสียออกจากร่างกาย
- การผลิตฮอร์โมนหลายชนิดในร่างกาย ได้แก่ ฮอร์โมนเรนิน (renin) ฮอร์โมนอิริโทรพอยอีติน (erythropoietin) และวิตามินดี (vitamin D)

เรารู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคไต

ผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มแรกส่วนมากไม่มีอาการ ส่วนในรายที่มีอาการอาจมาด้วยอาการตัวบวม อาการของความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะเป็นฟอง สีแดง ปริมาณลดลง หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้การทำงานของไตลดลงตามลำดับจนกระทั่งเป็นโรคไตเรื้อรังและเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค อาจมีอาการดังต่อไปนี้

- อ่อนแรง
- เบื่ออาหาร
- นอนไม่หลับ
- ผิวแห้ง คัน

- เท้าและข้อเท้าบวม
- ตาบวมน้ำ โดยเฉพาะในตอนเช้า
- ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะตอนกลางคืน
- คิดอะไรไม่ค่อยออก
- กล้ามเนื้อเป็นตะคริวตอนกลางคืน

ใครบ้างที่มีโอกาสเป็นโรคไต

คนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง
- คนสูงอายุ
- ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน
- ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่

จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.6), โรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรคไตอักเสบเรื้อรัง (ร้อยละ 2.4)[1]

ความสำคัญของโรคไตเรื้อรัง

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกรวมถึงประเทศไทยด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นำมาซึ่งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาทดแทนไต (renal replacement therapy) ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต จากการศึกษา Thai SEEK Study โดยสมาคมโรค

---

[1] ประเสริฐ ธนกิจจารุ. “สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย”, **วารสารกรมการแพทย์** (2558): 5-18.

ไตแห่งประเทศไทยในปีพ.ศ. 2552 พบว่ามีคนเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-5 เท่ากับ ร้อยละ 17.5 ของประชากร โดยคนที่เป็นโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น[2]

นิยามของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังหมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งต้องอาศัยหลักฐาน คือ

1. หลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม (marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ

2. การประเมินอัตราการกรองของไต ที่น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ของพื้นที่ผิวกาย มาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน (ตารางที่ 1) โดยหลักฐานที่บ่งบอกว่ามีภาวะการทำลายของเนื้อไต ได้แก่ การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ มีตะกอนในปัสสาวะ หรือ ความผิดปกติจากการตรวจทางรังสีวิทยา (imaging study) ของไต โดยค่าปกติของการทำงานของไต (GFR) ในวัยหนุ่มสาวมีค่าประมาณ 120-130 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรของพื้นที่ผิวกาย เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไประดับการทำงานของไตจะลดลงตามอายุในอัตรา 1 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรต่อปี ดังนั้นระดับการทำงานของไตที่ลดลงต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรของพื้นที่ผิวกายจึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตลดลงไปประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติ และเป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น

---

[2] Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. “Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study”, *Nephrology Dialysis Transplantation*. vol.25. (1 May 2010): 1567-1575.

ระยะของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 ระยะของโรคไตเรื้อรัง [3]

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stages)	อัตราการกรองของไต (eGFR) (มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร)	ระดับการทำงานของไต
ระยะที่ 1	≥ 90	ปกติ หรือ สูง
ระยะที่ 2	89 – 60	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	59 – 45	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30 – 44	ลดลงปานกลางถึงมาก
ระยะที่ 4	29 – 15	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	< 15	ไตวายระยะสุดท้าย

สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุจากโรคต่อไปนี้ ได้แก่

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. โรคไตอักเสบเรื้อรัง
4. โรคนิ่วในไต
5. โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ
6. โรคไตจากโรคเกาต์
7. โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน
8. โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

การประเมินการทำงานของไต

การตรวจคัดกรองความผิดปกติของไตจะใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ การตรวจเลือดวัดระดับครีเอตินีน (creatinine) และนำค่าที่ได้มาเข้าสมการตามสูตรต่างๆ

[3] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. “คำแนะนำสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558”. **การประชุมการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังครั้งที่ 3**. (30-31 ตุลาคม 2557). สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558.

ขึ้นกับวิธีการตรวจจากนั้นรายงานผลเป็นค่าการทำงานของไต estimated glomerular filtration rate (eGFR) หากพบมีความผิดปกติจะต้องมีการตรวจเลือดวัดระดับครีเอตินีน (creatinine) ยืนยันผลอีกครั้งร่วมกับมีการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆเพื่อหาสาเหตุต่อไป เช่น การตรวจปัสสาวะ การตรวจภาพถ่ายทางรังสี การตรวจโดยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลที่ถูกต้องเพื่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายดังนี้

1. ตรวจคัดกรองและส่งปรึกษาหรือส่งต่อ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ในระยะแรกของโรคและส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยให้อายุรแพทย์โรคไตได้อย่างเหมาะสม

2. ชะลอการเสื่อมของไต เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

3. ประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมรวมทั้งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

4. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อป้องกันการเกิดและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

5. เตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไตในระยะเวลาที่เหมาะสม

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม หากแต่มีการวางแผนการดูแลที่ดีปัญหาดังกล่าวจะลดลงอย่างมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งเน้นที่จะรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไตในกรณีที่รักษาได้ ส่วนในกรณีที่สาเหตุแก้ไขไม่ได้จะมุ่งเน้นการชะลอการเสื่อมของไตให้ได้นานที่สุด โดยอาศัยทีมสหสาขา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวอนามัย เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติของผู้ป่วยต่อไป การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การรักษาด้วยยา
4. งดบุหรี่
5. หลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดชนิดต้านการอักเสบแบบไม่ใช่สเตอรอยด์ (NSAIDs) ยาสมุนไพร ยาชุด
6. เมื่อการทำงานของไตลดลงเข้าสู่ระยะที่ 4-5 มีการเตรียมตัวเพื่อบำบัดทดแทนไต หรือปลูกถ่ายไต

การควบคุมอาหาร

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความผิดปกติของการขับของเสีย ความเป็นกรด-ด่างของเลือด การควบคุมสารน้ำ เกลือแร่ มากหรือน้อยสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นโดยสามารถแบ่งออกเป็นประเภทดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยา
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
   2.1 การบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
   2.2 การบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางหน้าท้อง
3. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

การควบคุมความดันโลหิต

ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยรายนั้นมีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการควบคุมที่ดีพอมาเป็นระยะเวลานาน หรืออาจเกิดจากผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคไตเรื้อรังมาก่อนเมื่อการทำงานของไตลดลงผู้ป่วยจะมีภาวะความดันโลหิตสูงตามมาได้ เป้าหมายการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ที่สัมพันธ์กับระดับโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะได้แก่

ระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิกรัม/วัน หรือ PCR น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม/กรัม คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่นและมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรมีระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้าที่ระดับ 80-130 มิลลิกรัม/

เดซิลิตรระดับน้ำตาลหลังอาหารที่ 2 ชั่วโมงน้อยกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ประมาณร้อยละ 7.0 โดยผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงมากจะมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูง ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์และมีการปรับชนิดและขนาดยาตามความเหมาะสม

การควบคุมระดับไขมันในเลือด

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ควรได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด ได้แก่ คอเลสเตอรอล (cholesterol), ไขมันเลว หรือ แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล (LDL cholesterol), ไขมันดี หรือ เอชดีแอล-คอเลสเตอรอล (HDL cholesterol) และ ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาภาวะอื่นที่ทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในกรณีที่ตรวจพบระดับไตรกลีเซอไรด์ fasting มากกว่า 1,000 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล มากกว่า 190 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่จำเป็นต้องตรวจติดตามระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อติดตามอาการหรือผลการรักษา ยกเว้นในกรณีดังต่อไปนี้ให้พิจารณาติดตามระดับไขมันในเลือด

1. ประเมินว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือไม่
2. เมื่อมีการเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต
3. สงสัยว่าอาจมีโรคหรือภาวะอื่นที่ทำให้มีภาวะไขมันสูง
4. เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อายุน้อยกว่า 50 ปี และไม่ได้รับยาลดไขมันชนิดสเตติน (statins)

การงดสูบบุหรี่

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องงดสูบบุหรี่ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนต่ำ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยกำหนดระดับอาหารโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ควรได้รับโปรตีน 0.8 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ผู้ป่วยควรเป็น

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (high biological value protein) หรือโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือไข่ขาว เป็นต้น อย่างน้อยร้อยละ 60 ของปริมาณโปรตีนทั้งหมดต่อวัน

3. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับพลังงานที่เพียงพอจากอาหารดังนี้

- ถ้าอายุน้อยกว่า 60 ปีควรได้รับพลังงาน 35 กิโลแคลลอรี่/กิโลกรัม ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น (kg)/วัน

- ถ้าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลลอรี่/กิโลกรัม ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น กิโลกรัม/วัน

วิธีการคำนวณน้ำหนักตัวที่ควรเป็น

เพศชาย = ความสูง (ซม.) – 100

เพศหญิง = ความสูง (ซม.) – 110

4. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาให้มีระดับโปแตสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงควรค้นหาสาเหตุ และควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมต่ำ

ตารางที่ 2 ปริมาณโปแตสเซียมในอาหารชนิดต่างๆ[4]

ประเภท	ระดับโปแตสเซียมต่ำถึงปานกลาง (100-200 มิลลิกรัม/1ส่วน)	มีระดับโปแตสเซียมสูง (250-350 มิลลิกรัม/1ส่วน)
ผัก	แตงกวา แตงร้าน ฟักเขียว ฟักแม้ว บวบมะระ มะเขือยาว มะละกอดิบ ถั่วแขก หอมใหญ่ กะหล่ำปลี ผักกาดแก้ว ผักกาดหอม พริกหวาน พริกหยวก	เห็ด หน่อไม้ฝรั่ง บรอคโคลี ดอกกะหล่ำ แครอท แขนงกะหล่ำ ผักโขม ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้า ผักกวางตุ้ง ยอดฟักแม้ว ใบแค ใบคื่นช่าย ข้าวโพด มันเทศ มันฝรั่ง ฟักทอง อโวคาโด น้ำแครอท น้ำมะเขือเทศ กระเจี๊ยบ น้ำผักแว่น ผักหวาน สะเดา หัวปลี
ผลไม้	สับปะรด แตงโม ส้มโอ ส้มเขียวหวาน ชมพู่ พุทรา มังคุด ลองกอง	กล้วย กล้วยหอม กล้วยตาก ฝรั่ง ขนุน ทุเรียนน้อยหน่า กระท้อน

[4] อ้างแล้ว, **คำแนะนำสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558.**

ประเภท	ระดับโปแตสเซียมต่ำถึงปานกลาง (100-200 มิลลิกรัม/1ส่วน)	มีระดับโปแตสเซียมสูง (250-350 มิลลิกรัม/1ส่วน)
	องุ่นเขียว เงาะ แอปเปิ้ล	ลำไย ลูกพลับ ลูกพรุน ลูกเกด มะม่วง มะเฟือง มะปราง มะขามหวาน แคนตาลูป ฮันนี่ดิว น้ำส้มคั้น น้ำมะพร้าว

5. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีอาการบวมควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีองค์ประกอบของโซเดียมน้อยกว่า 90 มิลลิโมล/วัน (2,000 มิลลิกรัมของโซเดียม)

6. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต สังเกตสีและปริมาณปัสสาวะที่ขับถ่ายออกมาในแต่ละวัน และตรวจอาการบวมทุกครั้งที่พบแพทย์

สรุป

ไตเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญในการกำจัดของเสีย ควบคุมสารต่างๆในร่างกาย ควบคุมความดันโลหิต สร้างฮอร์โมนในการผลิตเม็ดเลือดแดง การประเมินการทำงานของไตทำได้โดยการตรวจเลือด เมื่อมีภาวะไตการทำงานของไตลดลงต้องทำการหาสาเหตุและทำการรักษา เพื่อชะลอการรักษาบำบัดทดแทนไต เมื่อโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 4 การดูแลรักษาจะต้องใช้ทีมผู้ดูแลรักษาที่มีความชำนาญตามมาตราฐาน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และภาระต่อครอบครัวและสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ประเสริฐ ธนกิจจารุ. “สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย”, **วารสารกรมการแพทย์** (2558): 5-18.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. “คำแนะนำสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558”. **การประชุมการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังครั้งที่ 3**. (30-31 ตุลาคม 2557). สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558.

Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. “Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study”, *Nephrology Dialysis Transplantation*. vol.25. (1 May 2010): 1567-1575.

โรคของกระดูกและข้อ

อ.ชมพูนุท สิงห์มณี
อ.ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

โรคของกระดูกและข้อ เป็นโรคที่สร้างความไม่สุขสบายและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มีรายงานพบว่าพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งติดอันดับ 1 ใน 5 ของโรคที่อาพาธในพระสงฆ์ในปี 2559 ซึ่งในที่นี้จะได้อธิบายถึงโรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยได้แก่โรคเกาท์ และโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคของกระดูกและข้อ

โรคเกาท์ (Gout)

ความหมาย

โรคเกาท์ (Gout) เป็นโรคข้ออักเสบที่มีอาการเจ็บปวดและพบได้บ่อยเกิดจากการที่มีระดับของกรดยูริกในเลือดสูงและมีการสะสมตามข้อ ซึ่งกรดยูริกนี้เกิดจากการย่อยสลายของสาร พิวรีน ซึ่งพบมากใน เนื้อสัตว์ปีก หนังปลา เครื่องในสัตว์ ผักยอดอ่อน กรดยูริกที่มีสูงในเลือดจึงเกิดการสะสมตามข้อ ในไตและอวัยวะอื่นๆของร่างกาย จะพบความผิดปกติที่ข้อของขา เช่น โคนนิ้วหัวแม่เท้า ข้อเท้าและข้อเข่า โดยอาจพบปุ่มก้อนตามข้อ โดยจากสถิติโรคเกาท์มีความชุกถึงร้อยละ 4 ในผู้ใหญ่ซึ่งมากพอๆกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง[5 6]

1. การมีกรดยูริกมาก ปกติระดับของกรดยูริกในเลือดจะอยู่ที่ 7.0 มก/ดล เมื่อระดับกรดยูริกในเลือดมีค่าสูงกว่านี้จะเริ่มมีการตกตะกอนเป็นผลึก หากเกิดในช่องข้อและบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อซึ่งจะทำให้เกิดโรคเกาท์ได้
2. ร่างกายขับกรดยูริกออกได้น้อยลง

---

[5] วรวิทย์ เลาห์เรณู.โรคเก๊าต์ . <www.med.cmu.ac.th/dept/intmed/know/rheu/gout.pdf>, 2560.

[6] สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเกาต์. <www.thairheumatology.org/wp-content/.../Guideline-for-Management-of-Gout.pdf>, 2555.

3. การดื่มสุราเป็นประจำ

4. ผู้ที่มีโรคร่วมซึ่งได้แก่ โรคไต โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในโลหิตสูง

5. การใช้ยาบางชนิดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เช่น ยาขับปัสสาวะ

อาการและอาการแสดง ผู้ที่เป็นโรคเกาท์นั้นจะมีอาการแสดงดังนี้

1. สังเกตเห็นข้อที่อักเสบจะมีลักษณะบวม แดง และร้อนอย่างชัดเจน

2. ไม่สามารถขยับข้อหรือใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่

3. อาการปวด ผู้ป่วยจะปวดข้อ

4. ผู้ป่วยอาจมีไข้ร่วมด้วยเนื่องจากการอักเสบของข้อ

5. อาการครั้งแรกมักจะเป็นเพียงข้อเดียว และเป็นกับข้อส่วนล่างของร่างกาย ได้แก่ ข้อนิ้วหัวแม่เท้า ข้อเท้า และข้อเข่า อาจหายได้เองภายในระยะเวลา 3-5 วัน หากได้รับการรักษาทันทีจะทำให้ข้ออักเสบจากหายเร็วขึ้น กลับมาสู่สภาพปกติ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดข้อเลย และรู้สึกเหมือนกับเป็นปกติอีกครั้งหนึ่ง และจะกลับมาเป็นซ้ำได้โดยจะเริ่มเป็นบ่อยและระยะเวลานานขึ้น

6. ข้อผิดรูป เนื่องจากการที่ผลึกเกลือยูเรตสะสมในบริเวณรอบข้อมากขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดเป็นปุ่มก้อนบริเวณผิวหนังรอบข้อ กระดูกและข้อ ทำให้ข้อผิดรูปและกระดูกถูกทำลาย

การรักษา[7 8]

<u>การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u> เป็นการช่วยควบคุมและรักษาโรคเกาท์ให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นโดยการ ควบคุมน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ปีก เครื่องใน ยอดผักอ่อน ดื่มน้ำให้มากเพื่อขับยูริกออกทางไต

<u>การรักษาโดยใช้ยา</u>

1. ยาบรรเทาปวดและลดการอักเสบ ผู้ป่วยจะได้รับยา เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้ระคายเคืองกระเพาะอาหารจึงควรรับประทานหลังอาหารทันที

---

[7] อ้างแล้ว, **โรคเก๊าต์**.

[8] Tim L. Jansen1 & Matthijs Janssen. “The American College of Physicians and the 2017 guidelinefor the management of acute and recurrent gout: treat to avoiding symptoms versus treat to target”, **Clin Rheumatol.** Vol.36 No.11 (November 2017): 2399–2402.

2. ยาป้องกันการกำเริบซ้ำ เป็นยาลดกรดยูริก เช่น ยาโคซิซิน ซึ่งส่วนมากจะต้องรับประทานติดต่อกันต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับของกรดยูริกในเลือดให้ต่ำกว่า 6 มิลลิกรัม /เดซิลิตร

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเกาท์

พระสงฆ์ต้องมีความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคและการจัดการอาการเพื่อควบคุมโรคทั้งในผู้ที่ยังไม่เป็นและเป็นโรคเกาท์แล้ว ดังนี้

1. ป้องกันการเกิดโรคเกาท์โดยการพิจารณาอาหารที่ฉันและเทศนาแก่ญาติโยมเกี่ยวกับสถานการสุขภาพพระสงฆ์ความเจ็บป่วยจากโรคเกาท์ ดังนี้

1.1 ศึกษาอาหารที่มีสารพิวรีน เนื่องจากเป็นสารตั้งต้นในการเกิดกรดยูริก โดยสารพิวรีนในอาหารต่าง ๆ มีปริมาณต่างกันไปดังนี้ [9]

ตารางที่ 1 สารพิวรีนในอาหาร

อาหารที่มีพิวรีนต่ำ	อาหารที่มีพิวรีนปานกลาง	อาหารที่มีพิวรีนสูง
ผลิตภัณฑ์จากนม ไข่ ธัญพืช ผัก และผลไม้ต่างๆ ไขมัน ผลไม้เปลือกแข็ง	เนื้อหมู เนื้อวัว ปลากะพงแดง ปลาหมึก ปู ถั่วลิสง ใบขี้เหล็ก สะตอ ผักโขม เมล็ดถั่วลันเตา หน่อไม้ ดอกกะหล่ำ	หัวใจไก่ ตับไก่ ตับหมู ปลาดุก เนื้อไก่ เนื้อเป็ด หอย ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง กระถิน ชะอม กะปิ ปลาซาร์ดีน ปลาไส้ตัน ปลาขนาดเล็ก น้ำซุปต่างๆ ปลาอินทรีย์ ยีสต์ เห็ด เนื้อแดงสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์

1.2 รับประทานวิตามินซี 500 มิลลิกรัมต่อวัน จะช่วยลดระดับกรดยูริกในเลือดลงได้บ้าง แต่ต้องเฝ้าระวังการเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะหากใช้ในระยะยาว[10]

---

[9] สรินทร์ญา พึ่งเทียน. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเก๊าท์.<www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/06/140626_04.pdf>, 2560.

[10] Huang HY, et al. “The effects of vitamin C supplementation on serum concentrations of uric acid: results of a randomized controlled trial”, **Arthritis Rheum.** Vol.52 No.6 (June 2005): 1843-1847.

2. ผู้ที่เป็นโรคเกาท์ต้องปรับเปลี่ยนการฉันอาหารหลีกเลี่ยงอาหารที่มีพิวรีนสูง และในช่วงที่มีอาการรุนแรง ควรงดอาหารที่มีสารพิวรีนมาก และดื่มน้ำให้เพียงพอ

3. ผู้ที่เป็นโรคเกาท์ควรงดอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ขนมหวาน อาหารที่มีไขมันมาก อาหารทอด เพราะนอกจากจะทำให้เกิดความอ้วนแล้วยังทำให้อาการของโรคเกาท์รุนแรงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันไม่ควรให้อาหารที่มีพลังงานต่ำเกินไป เพราะอาจทำให้มีการสลายของไขมันจนทำให้สารยูริกถูกขับออกจากร่างกายได้น้อยลง

4. ผู้ที่เป็นโรคเกาท์ต้องรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่หยุดยาหรือปรับยาเอง ไม่ซื้อยามารับประทานเอง และหากมีอาการผิดปกติหรือผลข้างเคียงควรรีบไปพบแพทย์

5. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยเป็นการออกกำลังกายที่ลดแรงกระแทกต่อข้อ เช่น การเดินจงกรม การขยับแขน การแกว่งแขน และควรงดการออกกำลังกายในช่วงที่มีอาการกำเริบ

6. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 3,000 มิลลิลิตรต่อวันในรายที่ไม่มีข้อห้ามเช่น โรคหัวใจ โรคไต

7. ลดความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส ฝึกสมาธิ

8. การสังเกตอาการ โดยจะเริ่มมีการแดงเป็นสีชมพู ข้อที่เป็นมากจะเป็นโคนนิ้ว ห้ามทำการบีบนวดหรือทายาเนื่องจะทำให้อาการปวดบวมรุนแรงมากขึ้น

โรคข้อเข่าเสื่อม

ความหมาย[11] [12] [13]

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นภาวะที่เกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อต่างๆ ตามกระบวนการสูงอายุตามวัยหรือเหตุจากปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเสื่อมสภาพของข้อ โดยจะถูกทำลายอย่างช้าๆ ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีและโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อที่ช่วยในการหล่อลื่นลดลงทำให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่าได้ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิด

---

[11] Mc Alindon et al. “OARSI guidelines for the non-surgical management of knee,” <https://www.oarsi.org/sites/default/files/docs/2014/non_surgical_treatment_of_knee_oa_march_2014.pdf>.

[12] ชมรมนักกายภาพจังหวัดเชียงใหม่. “คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมจังหวัดเชียงใหม่,” <www.siampimnana.com/wp-content/uploads/2013/08/โรคเข่าเสื่อม.pdf>.

[13] ธนินนิตย์ ลีรพันธุ์. “คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,” <www.thaninnit.com>.

อาการเจ็บปวดบริเวณข้อ และความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อน้อยลง โดยมักเกิดที่บริเวณข้อชนิดที่มีเยื่อบุข้อ เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า ข้อมือ ข้อสะโพก ข้อกระดูกสันหลัง เป็นต้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง[14 15 16]

1. อายุ เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้มากขึ้นเพราะเมื่อสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในกระดูกอ่อนผิวข้อ มีคอลลาเจนมีเส้นใยที่บางลง คุณสมบัติในการยืดขยายลดลง ประกอบกับในผู้สูงอายุมีการลดลงของเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณกระดูกใต้กระดูกอ่อน จึงทำให้การซ่อมแซมบริเวณรอยต่อกระดูกผิวข้อกับกระดูกลดลง ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคข้อเสื่อม

2. น้ำหนักตัว ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน รูปร่างท้วมจะมีโอกาสในการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าคนรูปร่างผอม ขณะเดินพบว่าแรงที่กระทำต่อข้อเข่าระหว่างเดินนั้นจะอยู่ในช่วง 3-7 เท่าของน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.5 กก. จะเพิ่มแรงกระทำต่อข้อเข่ากึ่ง 1-1.5 กก. ดังนั้นการที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

3. โครงสร้างเข่าผิดรูป เช่น ขาโก่ง

4. การประสบอุบัติเหตุหรือมีประวัติเป็นโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ เกาท์

5. ลักษณะของการใช้งาน การทำกิจกรรมที่มีแรงกดมาก เช่น การการยกของหนัก การนั่งพับเพียบ

อาการและอาการแสดง[17 18]

1. ข้อฝืด อาการมักจะเกิดในตอนเช้าและเวลาไม่นานเกิน 30 นาที และอาจเกิดอาการข้อฝืดชั่วคราวหลังจากพักเป็นเวลานาน และอาจเกิดอาการเดินไม่สะดวก

2. อาการปวด มักปวดทั่วข้อเข่า ปวดแบบตื้อๆ และปวดมากเมื่อใช้งานหรือลงน้ำหนัก มักเป็นอากรเรื้อรังและมีความรุนแรงขึ้น

3. มีเสียงดังกรอบแกรบในข้อขณะเคลื่อนไหว

---

[14] อ้างแล้ว. คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

[15] สมาคมสมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย. “แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 2553,” <www.thairheumatology.org/wp-content/.../Guideline-for-Management-of-OA-knee.pd.>, 2553.

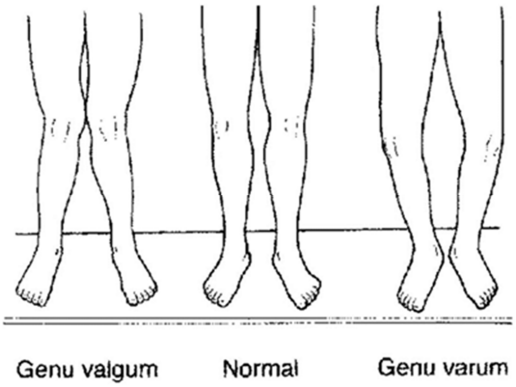
[16] ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). **ปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.** (กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่นจำกัด, 2552).

[17] อ้างแล้ว, **คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

[18] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 2553.**

4. ข้อบวมและ/หรือผิดรูป อาจเกิดขาโก่งหรือข้อบวมจากกระดูกงอกข้อเข่าเสื่อมจะมีข้อเข่าผิดรูปที่เรียกว่า ข้อเข่าโก่ง (genu varum) ข้อเข่าฉิ่ง (genu valgum)

5. ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้จำกัด



รูปที่ 1 ข้อเข่าฉิ่ง (genu valgum) ข้อเข่าโก่ง (genu varum)

ที่มา http://www.designveryeasy.com/tags/Genu-Varum-vs-Genu-Valgum-31610

การรักษา[19] [20] [21]

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1.1 การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินจะกระตุ้นให้เกิดการเสื่อมต่อข้อเข่าโดยตรง ดังนั้นควรลดน้ำหนักลงให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐาน

1.2 ลดแรงกดที่ข้อเข่า ลดการนั่งยองๆ หรือพับเพียบ เนื่องจากการนั่งแบบนี้เพิ่มแรงกดไปที่ข้อเข่าถึง 5 เท่า

1.3 ออกกำลังกาย ยืดกล้ามเนื้ออย่างถูกวิธี

1.4 การกายภาพบำบัด ทั้งการใช้ความร้อน การใช้ความเย็น การใส่อุปกรณ์เสริมเพื่อลดปวดและบวม

2. การรักษาโดยการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ และยากระตุ้นการสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อ

3. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในปัจจุบันมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งแบบแผลเล็ก หรือใช้วิธีการส่องกล้อง ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

---

[19] Op. cit., **OARSI guidelines for the non-surgical management of knee.**

[20] อ้างแล้ว, **คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

[21] อ้างแล้ว, **แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 2553.**

ข้อเข่า คือมีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีการสึกหรอและเสื่อมสภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากภาพถ่ายรังสี มีอาการปวด บวม ตึงข้อเข่า ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมอาการข้อเข่าเสื่อม

การป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม[22 23 24 25]

1. มีการใช้อิริยาบถที่ถูกต้อง โดยดังนี้

1.1 การยืน ท่ายืนเป็นท่ายืนตรงและถ่ายเทน้ำหนักตัวไปที่ขาทั้งสองข้างเท่าๆกัน

1.2 การนั่ง นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักรองแขน ไม่ควรนั่งพับเพียบ นั่งยองๆ ควรเปลี่ยนอิริยาบถทุก 1 ชั่วโมงหลีกเลี่ยงการอยู่นิ่ง ๆ นาน ๆ เลือกใช้ห้องน้ำแบบชักโครก

1.3 การนอน ไม่ควรนอนราบกับพื้น เตียงนอนควรสูงระดับเข่า

1.4 การเดิน ควรเดินพื้นราบและสวมรองเท้าที่กระชับพอดี หลีกเลี่ยงการก้าวขึ้นลงบันไดเนื่องจากจะเกิดแรงกด 3 – 4 เท่าของน้ำหนักตัว

1.5 การยกของควรใช้วิธีย่อตัวลงหลังตรงถือของใกล้ตัวที่สุดแล้วจึง เหยียดข้อเข่าและข้อสะโพกลุกขึ้นในแนวตรง ไม่ควรก้มตัวและไม่ควรยกของหนักเกินไป

2. ชั่งน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานที่กำหนด

3. จัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดให้เหมาะสม

4. ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ความอ้วน การอุบัติเหตุ การใช้งานของข้อผิดวิธี

---

[22] Op. cit., OARSI guidelines for the non-surgical management of knee.

[23] อ้างแล้ว, **คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

[24] อ้างแล้ว, **ปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.**

[25] จันทร์จิรา วสุนธราวัฒน์. “การออกกำลังกายทำให้กระดูกแข็งแรงได้อย่างไร”,**วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด.** ปีที่ 3 (2554): 235-247.

การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะข้อเข่าเสื่อม[26] [27] [28] [29]

1. ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต้องมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยจะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ลดแรงกระแทก

2. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และหยุดการใช้งานของข้อที่ปวด ลดการลงน้ำหนักบริเวณข้อ โดยการใช้ไม้เท้าหรือใช้เครื่องช่วยเดิน (walker) เพื่อลดการลงน้ำหนักบนกระดูก การใช้ไม้เท้า (cane) ที่ถูกต้องควรถือด้วยมือตรงข้ามข้างที่เจ็บ และควรปลอกยางหุ้มที่ปลายไม้เท้าเพื่อป้องกันลื่น ส่วนเครื่องพยุงเดินควรใช้เฉพาะในพื้นราบ และชนิดมีล้อต้องเดินช้า ๆ ระวังการลื่นล้มง่าย

3. หลีกเลี่ยงการใช้งานของข้อ มากเกินไป เช่น การอยู่ท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน การยกของหนัก การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ การนั่งสมาธิเป็นเวลานาน การใช้ส้วมซึม การนอนหรือนั่งกับพื้นเป็นประจำ

4. ขึ้นลงบันไดให้ถูกต้องเพื่อถ่ายน้ำหนักลงบนขาข้างที่ดี เมื่อขึ้นบันไดให้ก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อนแล้วจึงก้าวขาข้างที่เจ็บตามส่วนการลงบันไดให้ก้าวขาข้างที่เจ็บก่อนแล้วจึงการก้าวขาข้างที่ดีตาม มือจับราวบันได

5. ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงให้กับข้อเข่า และช่วยชะลอข้อเข่าเสื่อมได้โดยป้องกันแรงกดดันที่ข้อในขณะที่ใช้ข้อเข่าในการลุกขึ้น และยังป้องกันแรงกระแทกที่กระทำต่อข้อเข่าในขณะเดิน โดยการบริหารมีดังนี้

5.1 การบริหารแบบไอโซเมตริก (isometric) โดยให้กล้ามเนื้อหดตัวอยู่กับที่สลับกับการคลายตัวของกล้ามเนื้อ โดยไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ โดยการให้เกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้ 3-5 วินาที สลับกับการคลายตัว 3-5 วินาที ครั้งละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อเพิ่มขึ้น

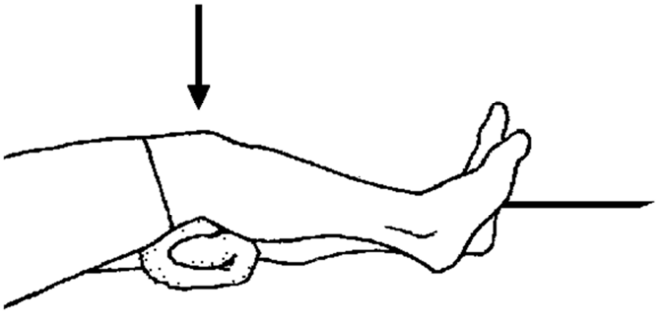
---

[26] อ้างแล้ว, **คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

[27] อ้างแล้ว, แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 2553.

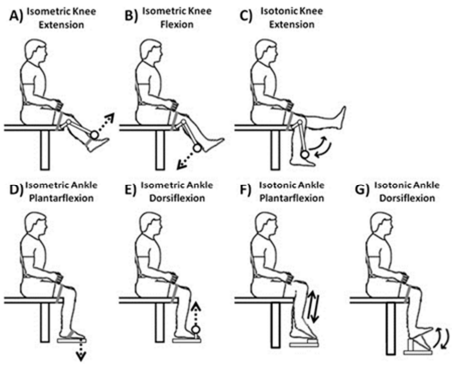
[28] อ้างแล้ว, **ปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.**

[29] อ้างแล้ว, **การออกกำลังกายทำให้กระดูกแข็งแรงได้อย่างไร.**



รูปที่ 2 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา
ที่มา http://physiohub.com/activities/108

5.2 การบริหารแบบ isotonic เป็นการบริหารโดยมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อ น้ำหนักหรือแรงต้านการเคลื่อนไหวคงที่ แต่ความเร็วในการเคลื่อนไหวข้ออาจไม่คงที่ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 แบบ 1) คอนเซนตริก (concentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อหดสั้นเข้าทำให้น้ำหนักเคลื่อนเข้าหาลำตัว 2) เอกเซนตริก (eccentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อและความยาวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น



รูปที่ 3 Isotonic knee exercise และ isotonic ankle exercise
ที่มา https://www.researchgate.net/figure/225290038_fig1_A-sketch-of-the-experimental-setup-for-A-isometric-knee-extension-B-isometric-knee

5.3 ออกกำลังกายเพื่อพิสัยของข้อ (range of motion: ROM) โดยเคลื่อนไหวข้อจนครบพิสัยของข้อนั้นอย่างน้อยวันละ 2 รอบ (set) รอบละ 3-10 ครั้ง

6. หากมีอาการปวด ร้อน แดง ช้ำหรือบวมให้ประคบเย็น 24 ชั่วโมงแรกโดยใช้แผ่นเจลเย็น หรือน้ำแข็งใส่ถุงพลาสติกห่อด้วยผ้าบาง ๆ ประคบบริเวณนั้นนาน 15-20 นาทีทำซ้ำวันละ 2-3 ครั้ง หากรู้สึกแสบผิว หรือปวดมากให้หยุดประคบความเย็นทันที หลังจากนั้นให้ประคบร้อน เช่น ลูกประคบ กระเป๋าน้ำร้อนห่อด้วยผ้าขนหนู 15-20 นาที ซึ่งจะช่วยในการคลายกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดและเพิ่มการไหลเวียนเลือด หากอาการไม่ทุเลาลงควรไปพบแพทย์

7. ฉันยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น

โรคเกาท์และโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคกระดูกและข้อที่พบได้บ่อยซึ่งมีสาเหตุเกิดจากความเสื่อมตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิต เมื่อเกิดอาการของโรคขึ้นจะมีผลให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบายและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นพระสงฆ์จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดโรค ส่วนพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเกาท์หรือข้อเข่าเสื่อมแล้วควรปฏิบัติตนเพื่อการควบคุมอาการของโรค

เอกสารอ้างอิง

จันทร์จิรา วสุนธราวัฒน์. “การออกกำลังกายทำให้กระดูกแข็งแรงได้อย่างไร”, **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด**. ปีที่ 3 (2554): 235-247.

ชมรมนักกายภาพจังหวัดเชียงใหม่. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมจังหวัดเชียงใหม่. <www.siampimnana.com/wp-content/uploads/ 2013/08/โรคเข่าเสื่อม.pdf>, 2557.

ธนินนิตย์ ลีรพันธุ์. คู่มือสุขภาพกระดูกและข้อที่ดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. <www.thaninnit.com>.

ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). **ปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.** กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่นจำกัด, 2552.

วรวิทย์ เลาห์เรณู. โรคเก๊าต์ . <www.med.cmu.ac.th/dept/intmed/know/rheu/gout.pdf>, 2560.

สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเกาต์. <www. thairheumatology. org/ wp-content/ . . . / Guideline-for-Management-of-Gout.pdf>, 2555.

สมาคมสมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 2553. <www.thairheumatology.org/wp-content/.../Guideline-for-Management-of-OA-knee.pd.>, 2553.

สรินทร์ญา พึ่งเทียน. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเก๊าท์.<www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/06/140626_04.pdf>, 2560.

Huang HY, et al. “The effects of vitamin C supplementation on serum concentrations of uric acid: results of a randomized controlled trial”, **Arthritis Rheum.** Vol.52 No.6 (June 2005): 1843-1847.

Jansen, T.J. & Janssen, M., “The American College of Physicians and the 2017 guideline for the management of acute and recurrent gout: treat to avoiding symptoms versus treat to target”, **Clin Rheumatol.** Vol.36 No.11 (November 2017): 2399–2402.

Mc Alindon et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, <https://www.oarsi.org/sites/default/files/docs/2014/non_surgical_treatment_of_knee_oa_march_2014.pdf>.

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อ.ชมพูนุท สิงห์มณี
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ติด 1 ใน 4 อันดับของสาเหตุการตายทั่วโลก[1] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้หายใจลำบาก มีอาการของ 2 โรคอยู่ร่วมกันได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังกับถุงลมโป่งพอง เมื่อหลอดลมตีบแคบ หรืออุดตัน การอุดกั้นของทางเดินหายใจบริเวณหลอดลมซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลอดลมและถุงลมปอด ทำให้การระบายหรือการไหลเวียนของอากาศเป็นไปอย่างลำบาก โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ [2] เมื่อเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ปอดขับมูก หรือเสมหะจำนวนมากกว่าปกติ
2. การกำจัดเสมหะจากหลอดลมเป็นไปได้ลำบาก
3. เป็นหวัด และเกิดการติดเชื้อของทางเดินหายใจได้ง่าย
4. ผนังหลอดลมบวมและหนา รูหลอดลมตีบแคบลงกว่าปกติ
5. ผนังหลอดลมอ่อนแอ ความยืดหยุ่นลดลง และผนังถุงลมฉีกขาด

---

[1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Wisconsil, “Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2018,”<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf> Jul 2018.

[2] เขตสุขภาพที่ 1, “ข้อแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติเขตสุขภาพที่ 1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี 2560,”<www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document170404149128410522.pdf>

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง[3 4 5]

1. การสูบบุหรี่เนื่องจากในบุหรี่มีสารที่ระคายเคืองต่อการหายใจทำให้ขนกวักในทางเดินหายใจเสียหน้าที่และยังทำให้มีการขับและหลั่งมูกในทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่หลอดลมและคั่งค้างเกิดการอักเสบของหลอดลม ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ จนผนังหลอดลมหนาขึ้น และท่อของหลอดลมแคบลงซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรค นอกจากนี้บุหรี่ยังทำลายเซลล์ในถุงลมและทำลายผนังกั้นระหว่างถุงลมส่งผลให้ถุงลมโป่งพอง ซึ่งจะเกิดได้ทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่

2. มลพิษจากอากาศ เช่นควันพิษ ฝุ่นละออง ท่อไอเสีย กลิ่นธูป ควันธูป ควันเทียน จะทำให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบในทางเดินหายใจ

3. ภาวะภูมิแพ้จากสารต่าง ๆ

4. การติดเชื้อของทางเดินหายใจ ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อย ๆ นั้นการอักเสบที่เรื้อรังจะทำให้เกิดการลายเยื่อบุผิว เกิดเป็นแผลเป็นและชั้นใต้เยื่อบุผิวหนาขึ้นท้าให้หลอดลมตีบแคบถาวร

5. อายุ ในผู้ที่อายุมากขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอด ใยเยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง

อาการ และ อาการแสดง

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาการจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และจะแสดงอาการเมื่อพยาธิสภาพของโรคลุกลามไปมากแล้วโดยจะมีอาการดังนี้

1. หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก เนื่องจากมีการอุดกั้นของทางผ่านอากาศ ทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าและออกจากหลอดลม ถุงลม ได้สะดวก หายใจมีเสียงหวีด โดยภาวะหายใจลำบากสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับดังแสดงในตารางที่ 1[5]

---

[3] นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร, “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,” <https://med.mahidol.ac.th/med/sitesdefault/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.

[4] วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. “แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553”,**วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต.** ปีที่ 31 (2553) หน้า 103 – 110 .

[5] ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และสุณี เลิศสินอุดม. “GOLD guideline 2017 for COPD management”, http://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile. php?file=332>, 2560.

ตารางที่ 1 แสดงระดับของภาวะหายใจลำบาก

ระดับอาการหายใจลำบาก	อาการ
ระดับ 0	ปกติไม่มีเหนื่อยง่าย
ระดับ 1	มีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อเดินเร็ว ๆ ขึ้นทางชัน
ระดับ 2	เดินในพื้นราบไม่ทันเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะเหนื่อยหรือต้องหยุดเดินเป็นพักๆ
ระดับ 3	เดินได้น้อยกว่า 100 เมตร
ระดับ 4	เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว จนไม่สามารถออกนอกบ้านได้

2. อาการไอเรื้อรังและมีเสมหะมากโดยเฉพาะในช่วงเช้าและเสมหะมักมีสีขาว ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วย เสมหะอาจเปลี่ยนเป็นสีเขียวหรือสีเหลือง

3. อาการอ่อนเพลีย หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง

การรักษา[6 7 8]

1. การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการใช้ยา

1.1 ยาขยายหลอดลม ส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับเป็นชนิดพ่นสูดเนื่องจากยาออกฤทธิ์ได้เร็ว และเป็นยาออกฤทธิ์เฉพาะที่บริเวณหลอดลมตีบแคบ ใช้เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบเท่านั้น ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดผู้ป่วยดีขึ้น

1.2 ยาต้านการอักเสบเป็นยาชนิดพ่นสูดสามารถลดการกำเริบของโรคทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง

1.3 ยาผสมระหว่างยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกับยาต้านการอักเสบเป็นยาชนิดพ่นสูดจะบรรเทาอาการของโรคให้ดีขึ้นขณะเดียวกันสามารถลดการกำเริบของโรคทำให้สมรรถภาพการทำงานปอด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

1.4 ยาอื่น ๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ยาละลายเสมหะ หรือบางรายถ้ามีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ โดยเสมหะสีเหลือง เขียว จะได้รับยาปฏิชีวนะ

---

[6] อ้างแล้ว, **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**.

[7] อ้างแล้ว, **แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ .ศ.2553,** หน้า 103 – 110

[8] สถาบันโรคทรวงอก. “แนวทางการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” <http://www.ccit.go.th/lung/document/COPD+Home.pdf>

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พระสงฆ์สามารถให้การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดังนี้

การป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในพระสงฆ์ที่ยังไม่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคดังนี้

1. หากท่านสูบบุหรี่ควรงดสูบบุหรี่ และส่งเสริมหรือรณรงค์ให้พระในวัดหรือฆราวาสในชุมชนงดสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. จัดสิ่งแวดล้อมในวัด ลดการเผาหรือสร้างมลภาวะทางอากาศ หลีกเลี่ยงการสูดควันธูปเป็นเวลานาน ๆ

การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พระสงฆ์ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้วควรปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการของโรค ลดอาการเหนื่อยหอบและคงการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร

1.1 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ไม่ควรฉันอาหารกลุ่ม ข้าว แป้ง และน้ำตาลมากเกินไป ควรพิจารณาฉันอาหารที่ย่อยง่าย

1.2 งดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่ทำให้เกิดลมในกระเพาะอาหาร เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี

1.3 ฉันอาหารทีละน้อยหรือแต่ละมื้อแต่พออิ่มเพื่อป้องกันอาการอืดแน่นท้อง

1.4 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้วโดยเฉพาะน้ำอุ่นเพราะจะทำให้ขับเสมหะได้ง่ายขึ้น

2. การสงวนพลังงานและการพักผ่อน

2.1 ก่อนจำวัดประมาณ 1 ชั่วโมง ไม่ควรออกแรงทำกิจกรรมใด ๆ ควรพักผ่อนหรือผ่อนคลาย เช่น ฝึกสมาธิ

2.2 อุปกรณ์ในการนอน เช่น หมอนผ้าห่ม ที่นอนไม่ควรทำจากนุ่นหรือไหมพรม เพราะจะเป็นที่สะสมของฝุ่นละออง ทำให้ระคายเคืองหลอดลม เกิดอาการไอจามระหว่างการนอนหลับ

2.3 ควรนอนในท่าที่สบายและหายใจสะดวก เช่น ท่าศีรษะสูง

3. การหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่อหลอดลม

3.1 หลีกเลี่ยงการสูดควันรูป ควันเทียนเป็นเวลานาน

3.2 งดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด

3.3 หลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีฝุ่นละออง เช่น คอกสัตว์ โรงสี หรือสารต่าง ๆ ที่ทำให้ไอ จาม เช่น แป้งฝุ่น เกสรดอกไม้ ควันรถยนต์ หรือควันจากโรงงานอุตสาหกรรม

3.4 ป้องกันการติดเชื้อโดยหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่มีคนจำนวนมาก อย่าอยู่ใกล้ชิดคนเป็นหวัด หรือโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ๆ ถ้าจำเป็นจริง ๆ ควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก กรณีเป็นไข้หวัดถ้ามีเสมหะสีเหลือง เขียวเป็นอาการบ่งบอกของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

3.5 เลือกที่นอน หมอน ผ้าห่ม จากนุ่นไหมพรม หรือขนสัตว์ ที่อาจทำให้เกิดอาการแพ้ ไอ หอบเหนื่อย

3.6 หากสงสัยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจให้รีบไปพบแพทย์

4. ทำการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยลดอาการของโรคและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการฝึกการหายใจเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มความแข็งแรงและคงทนของกล้ามเนื้ออาศัยการออกกำลังกาย ทั้งการเดิน การฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดมีดังนี้

4.1 การหายใจเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย โดยการหายใจแบบเป่าปาก การหายใจวิธีนี้จะเป็นการช่วยลดการตีบแคบของทางเดินหายใจขณะหายใจออก และลดการคั่งค้างของอากาศในหลอดลม ช่วยให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น โดยทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 10 -15 นาทีโดยมีวิธีดังนี้ หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ จากนั้นห่อปากแล้วค่อยๆหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทำปากจู๋ โดยให้มีช่วงการหายใจออกนานกว่าช่วงหายใจเข้า และเกร็งหน้าท้องร่วมด้วยในช่วงสุดท้ายของการหายใจออก

4.2 การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากซึ่งมีวิธีดังนี้

4.2.1 นอนหงายราบกับพื้นหนุนหมอน งอเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้น วางแขนแนบลำตัว

4.2.2 วางมือข้างหนึ่งลงบนทรวงอกส่วนล่าง หรือบริเวณกระบังลม ส่วนมืออีกข้างหนึ่งวางบริเวณหน้าท้อง

4.2.2 หุบปากสูดลมหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับ 1 2 3 ให้หน้าท้องโป่งออกมือที่วางบนอกจะไม่เคลื่อนไหวมากนัก

4.2.3 หายใจออกช้า ๆ ทางปาก ห่อริมฝีปากเหมือนผิวปากนับ 1 – 6 พร้อมกับแขม่วหน้าท้องให้ยุบลง

4.3 การระบายเสมหะและการไออย่างถูกวิธีมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

4.3.1 นั่งพักในท่าที่สบาย

4.3.2 วางเท้าให้มั่นคงบนพื้น

4.3.3 หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก

4.3.4 ไอ 2 ครั้งติดต่อกัน พร้อมโน้มศีรษะและลำตัวไปทางด้านหน้า

4.3.5 พักสักครู่และทำซ้ำอีก 1-2 ครั้ง

4.4 การระบายเสมหะโดยการพ่นลมหายใจ

4.4.1 นั่งในท่าที่สบาย

4.4.2 วางเท้าให้มั่นคงบนพื้น

4.4.3 หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก

4.4.3 อ้าปากกว้าง แล้วพ่นลมออกมาให้ยาวที่สุด 2 ครั้ง พร้อมโน้มศีรษะและลาตัวไปทางด้านหน้า

4.4.4 หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ อีกครั้งให้เต็มที่อ้าปากกว้างแล้วพ่นลมออกมาแรงๆ 2 ครั้ง พร้อมโน้มศีรษะและลาตัวไปทางด้านหน้า

4.4.5 พักสักครู่และทำซ้ำอีก 1-2 ครั้ง

4.5 การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย มีวิธีการออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามวิธีการดังนี้

ท่าที่ 1 ประสานมือไว้ที่ท้ายทอย หุบข้อศอกลง ก้มหน้าลงเล็กน้อย หายใจเป่าปากออกจนสุดกางข้อศอกออกทางด้านข้าง ยืดตัวขึ้นตรงพร้อมหายใจเข้าลึก ๆ

ท่าที่ 2 ยกแขนขึ้นมาระดับหัวไหล่ ยกแขนขึ้นพร้อมกับหายใจเข้าลึก ๆ แล้วยกแขนลงพร้อมกับหายใจเป่าปากออกช้า ๆ ยาว ๆ

ท่าที่ 3 นั่งบนเก้าอี้ เท้าสองข้างวางบนพื้น เตะขาขึ้นมาช้า ๆ ทีละข้าง พร้อมเป่าปากออก ค้างไว้เล็กน้อย วางขาลงที่เดิมพร้อมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ

เมื่อมีอาการเหล่านี้ควรหยุดออกกำลังกาย

1. เริ่มเจ็บแน่นหน้าอก
2. ใจสั่น
3. เหนื่อยหอบมาก
4. มีไข้ เป็นหวัด ท้องเสีย
5. หน้ามืด เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ เป็นลม
6. หายใจสั้น ๆ หรือถี่มาก

7. เหงื่อออกผิดปกติ ตามมือ-เท้า หรือมีอาการเย็นซีดจนผิดปกติ

5. การใช้ยาตามแพทย์สั่งและไม่หยุดยาเอง

6. เฝ้าสังเกตอาการกำเริบเฉียบพลันและการจัดการอาการเบื้องต้น การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีอาการทรุดลงเปลี่ยนแปลงจากปกติอย่างรวดเร็ว จะมีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจเสียงดังวี้ด ไอ มีเสมหะเพิ่มขึ้นหรือเสมหะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเขียวคล้ายหนอง มีไข้ ทำกิจกรรมได้ลดลง ชีพจรเต้นเร็ว อ่อนเพลีย สับสน ซึม เมื่อท่านมีอาการกำเริบเฉียบพลันให้ท่านปฏิบัติปฏิบัติดังนี้

6.1 ตั้งสติ สงบ อย่าตกใจ ควบคุมจังหวะการหายใจให้ได้ โดยวิธีการบริหารการหายใจ จะทำให้หายใจเอาอากาศเข้าไปได้มากกว่า

6.2 ให้พ่นยาสูด ขยายหลอดลม 2 ครั้งติดต่อทุก 15 นาที 3 ครั้งถ้าไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาลทันที ในกรณีที่มีเครื่องพ่นยาแบบละอองฝอยสามารถใช้ได้เลยตามแพทย์สั่ง

6.3 หากมีออกซิเจนให้เปิดอัตราการไหลเท่ากับที่แพทย์สั่งไม่ต้องเพิ่มจากเดิมเพราะจะทำให้หยุดหายใจได้

6.4 ให้จัดท่าตัวเองในอิริยาบถที่เหมาะสมจะทำให้หายใจได้สะดวกเช่น นอนท่าศีรษะสูง ฟุบกับโต๊ะ หรือหลังพิงฝาผนัง

6.5 โทรแจ้งสายด่วน 1669 เพื่อขอรถโรงพยาบาลมารับและให้การรักษาได้ทันท่วงที

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีสาเหตุหลักเกิดมาจากการสูบบุหรี่ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันโรคจึงควรที่จะรณรงค์การงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงจากแหล่งมลภาวะทางอากาศที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในทางเดินหายใจ และในผู้ที่เป็นแล้วควรต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

เขตสุขภาพที่ 1, “ข้อแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติเขตสุขภาพที่ 1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี 2560,” <www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document 170404149128410522.pdf>, 2560.

นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร, “โรคปอดอุดกั้น,” <https://med.mahidol.ac.th/med/sites default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.

ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และสุณี เลิศสินอุดม. “GOLD guideline 2017 for COPD management”, http://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile. .php?file=332>, 2560.

วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. “แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553”, **วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต.** ปีที่ 31 (2553): 103 – 110 .

สถาบันโรคทรวงอก. “แนวทางการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” <http://www.ccit.go.th/lung/document/COPD+Home.pdf>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Wisconsil, “Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2018,”<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf> Jul 2018.

โรคหลอดเลือดหัวใจ

อ.วโรดม เสมอเชื้อ
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบหรือมีการอุดตันของไขมัน และ/หรือ ลิ่มเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคนี้ถือว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรโลก โดยมีอัตราการตายสูงถึง 1 ใน 3 เมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ และกำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่มีเศรษฐานะต่ำถึงปานกลาง[1] รวมถึงประเทศไทย จากรายงานสถิติการตายของสำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรกของประชากรไทย[2] และเป็นที่คาดหมายว่าอัตราการตายด้วยโรคนี้จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีการเพิ่มขึ้นถึง 1.32 เท่าต่อประชากรแสนคน[3] [4] นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ถือเป็นอีกกลุ่มที่มีการอาพาธด้วยโรคนี้ซึ่งเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง[5] เมื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าโดยใช้ผลเลือด (Thai CV risk score) จะมีพระสงฆ์ที่อาพาธหรือมรณภาพด้วยกลุ่มโรคนี้

---

[1] World health organization [WHO]. “Cardiovascular disease (CVDs)” <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/ cardiovascular-diseases-(cvds)>, 2017.

[2] สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีปฏิทิน 2558 <http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_ Final. aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15.>, 2560.

[3] ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และ อลิสรา อยู่เลิศลบ. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2560. <http://www.lpho.go.th/main/ ?p=6349>, 2560.

[4] สุพัตรา ศรีวณิชชากร. “สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยในระยะ 5ปี”, **วารสารควบคุมโรค.** ปีที่ 43 (2560): 379-390.

[5] โรงพยาบาลสงฆ์. รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. <http://www.priest-hospital.go.th/healthCareforMonk/

ในระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 38.95[6] จากสถานการณ์ดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นปุถุชนทั่วไปหรือพระสงฆ์ก็สามารถเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การป้องกันจึงเป็นวิธีการที่มีความสำคัญมากที่สุด อย่างไรก็ตามความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งเช่นกัน ดังนั้นในบทนี้จึงขอกล่าวถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหัวใจขาดเลือด ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ และภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ครอบคลุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา และบทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น[7] [8]

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่

1.1 กรรมพันธุ์ ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ โดยมักพบบุคคลในครอบครัวทุกรุ่นมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน

1.2 อายุ โดยพบว่าความชุกของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุดทั้งเพศชายและหญิงในกลุ่มอายุที่มากกว่า 70 ปี และเพิ่มสูงมากในกลุ่มเพศชายที่มีอายุช่วง 30-39 ปี

1.3 เพศ เป็นที่ยืนยันได้ชัดเจนแล้วว่าเพศชายมีอัตราการเพิ่มของความชุกของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3-4 เท่า[9]

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ได้แก่

2.1 การสูบบุหรี่ ถือเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในการก่อให้เกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจขาดเลือด และยังเป็นปัจจัยที่มีส่วนให้เกิดการตายถึงร้อยละ 13.7 [10]

---

[6] พระราชสิทธิเวที. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาวะ.** (เชียงใหม่: ภทระพรีเพรส), 2561. หน้า 5-20.

[7] Op. cit., **Cardiovascular disease (CVDs).**

[8] Benjamin et al. Cardiovascular health. Heart disease and stroke statistics-2017 update A report from the American heart association. **Circulation.** Vol. 135 (March 2017): 16-37.

[9] อ้างแล้ว, **สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยในระยะ 5 ปี**. หน้า 379-390.

[10] Op. cit., **Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American heart association**. P.16-37.

2.2 อาหาร ได้แก่ อาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด อาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีรสหวานจัด นอกจากนี้แล้วยังรวมถึงเครื่องดื่มบางประเภท ได้แก่ เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟสำเร็จรูปชนิดซอง

2.3 การขาดการออกกำลังกาย พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.4 โรคไขมันในเลือดสูง ระดับไขมันในที่นี้หมายรวมถึงระดับของคอเรสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และ ไขมันที่ไม่ดี ไขมันเหล่านี้จะเกิดการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบแคบ เกิดหลอดเลือดอุดตันได้

2.5 โรคความดันโลหิตสูง มักทำให้หัวใจทำงานหนัก หลอดเลือดหัวใจหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ทำให้เกิดโรคหัวใจโต หัวใจล้มเหลว และหัวใจขาดเลือดได้[11] พบว่าอัตราการตายของประชากรโลกด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีระดับความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40.6

2.6 โรคเบาหวาน หรือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือด ในร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) $\geq$ 6.5%, ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (blood glucose) $\geq$ 126 มก./ดล., ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการทดสอบความทนน้ำตาลกลูโคส (โดยการดื่มน้ำตาลกลูโคสปริมาณ 75 มก.) หรือ ระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ได้ $\geq$ 200 มก./ดล. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด หลอดเลือดตีบแข็ง ถือได้ว่าเป็นอีกสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด[12] โดยร้อยละ 7.5 ของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ[13]

2.7 โรคอ้วนลงพุง หรือผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก/ม^2 ให้ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน ในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมักเป็นเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

---

[11] รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และ วีรนุช รอบสันติสุข. โรคความดันโลหิตสูง. คู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. (กรุงเทพฯ: หจก. มีเดีย เพรส, 2560). หน้า 51-59.

[12] คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด, 2560.

[13] Op. cit., **Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American heart association**. P.16-37.

อาการและอาการแสดง

อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก มักเจ็บเหมือนมีอะไรมาทับ มีอาการแน่นหน้าอก บริเวณกลางอกหรือ อกด้านซ้าย อาจมีการเจ็บร้าวไปที่คอ กราม ลิ้นปี่ ไหล่หรือแขนซ้าย เป็นอาการที่พบบ่อย เกิดขึ้นจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจในปริมาณที่ไม่เพียงพอจึงทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกแสดงออกมา อาจมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ เหงื่อออก นอนราบไม่ได้ เวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน หมดสติ สามารถแบ่งกลุ่มอาการได้ 2 กลุ่ม คือ

1. ภาวะเจ็บอกชนิดคงที่ เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นพักๆ อาการไม่รุนแรง อาการจะดีขึ้นเมื่อได้นอนพัก หรือได้รับยาขยายเส้นเลือดหัวใจ (nitroglycerine)

2. ภาวะเจ็บอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นอาการเจ็บหน้าอกแบบรุนแรงเฉียบพลัน มีอาการเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาที หรืออาการเจ็บอกที่พึ่งเกิดขึ้น หรือเคยมีอาการรุนแรงกว่าเดิม

การรักษา

เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่มีอันตรายถึงชีวิตได้ หลักการที่ว่า "ยิ่งรักษาเร็วยิ่งดี" จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เร่งด่วนและจำเป็น การรักษา ได้แก่ 1) การได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด 2) การได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน 3) การได้รับยาเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ

พระสงฆ์ถือได้ว่าเป็นผู้นำศาสนาที่ประชาชนให้ความเคารพ เลื่อมใส เป็นผู้ที่มีวิถีปฏิบัติตนตามจริยวัตรของสงฆ์ ซึ่งสามารถมีส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง พระสงฆ์รูปอื่นและประชาชนทั่วไปได้ โดยวิธีการต่างๆที่สอดคล้องกับข้อเสนอวิธีการลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขององค์การอนามัยโลก คือ การป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[14] ซึ่งเริ่มจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองก่อนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี ก่อนจะสามารถให้คำสอนในด้านสุขศึกษาที่เกี่ยวข้อง การให้การส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสม การส่งเสริมให้เกิดการปรับพฤติกรรม การให้ข้อมูลเพื่อการเข้าถึงสุขภาพ การให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้อง การป้องกันอาการที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดหัวใจ รายละเอียดดังนี้

---

[14] Op. cit., **Cardiovascular disease (CVDs)**.

1. บทบาทของพระสงฆ์ด้านการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1.1 การไม่สูบบุหรี่

1.2 การเลือกพิจารณาอาหาร โดยใช้หลักของการพิจารณาถึงการเลือกฉันอาหารที่มีประโยชน์แทนการฉันอาหารประเภทที่เป็นโทษ พิจารณาถึงการเลือกลดหรืองดอาหารที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามหลักโภชนบัญญัติ[15] ซึ่งเป็นหลักการที่สอดคล้องกับหลักโภชนบัญญัติของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. การฉันอาหารครบ 5 หมู่

2. การฉันข้าวเป็นหลัก โดยให้พิจารณาเลือกประเภทข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวที่มีน้ำตาลต่ำ (พันธุ์ กข. 43) โดยปริมาณที่เหมาะสมคือ 6-11 ทัพพี/วัน ร่วมกับการสลับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ เช่น ขนมปังที่ทำมาจากเมล็ดข้าวสาลีทั้งเมล็ด (Whole wheat) ขนมปังธัญพืช

3. การฉันพืชผักให้มากและฉันผลไม้เป็นประจำ

4. การฉันปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และเมล็ดถั่วแห้งเป็นประจำ ซึ่งในเนื้อปลาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี มีไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ไม่ติดมันช่วยลดปริมาณไขมันไม่อิ่มตัวและคอเลสเตอรอล โปรตีนจากถั่วมีผลในการลดระดับคอเลสเตอรอล

5. ฉันนม อย่างน้อยวันละ 1-2 แก้ว นมที่ฉันควรจะเป็นนมพร่องมันเนยหรือนมที่ไม่มีไขมัน

6. ฉันอาหารที่มีไขมันแต่พอควร งดอาหารที่มีปริมาณไขมันมาก ซึ่งไขมันที่ได้จากสัตว์ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

7. พิจารณาหลีกเลี่ยงการฉันอาหารรสหวานจัด อาหารที่มีรสหวานจัดย่อมมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ การฉันน้ำตาลมากเกินไปร่างกายจะสร้างไขมันไตรกลีเซอไรด์และน้ำตาลส่วนเกินร่างกายจะเปลี่ยนให้อยู่ในรูปของไขมันและเก็บสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมถึงในหลอดเลือด

8. พิจารณาหลีกเลี่ยงการฉันอาหารและเค็มจัด อาหารรสเค็มจัดมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต มีผลต่อหลอดเลือดทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

9. การพิจารณางดฉันน้ำปานะที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟสำเร็จรูปชนิดซองชงเอง

---

[15] พินิจ ลาภธนานนท์, **โภชนปฏิบัติเพื่อสุขภาพพระสงฆ์,** (กรุงเทพฯ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด, 2557).

1.3 การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การบริหารร่างกาย หรือ การบริหารขันธ์ สามารถช่วยลดโอกาสการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ พระสงฆ์ควรเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายที่นอกเหนือจากการเดินรอบวัด เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาโดยต้องออกแรงต่อเนื่องมากกว่า 30 นาที จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติ หายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ถือว่าเป็นกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง เช่น การเดินบิณฑบาต การถู การกวาด ในบริเวณวัด ขุดดิน เป็นต้น

พระสงฆ์สามารถทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริหารร่างกายที่ต้องเป็นความสำรวม ต้องทำด้วยความพอดี ทำในที่อันควร ไม่แสดงไปตามวิสัยของประชาชนทั่วไป ได้แก่ การผ่อนคลายยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัวด้วยเก้าอี้

2. บทบาทของพระสงฆ์ด้านการให้คำสอนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจแก่พระภิกษุและประชาชนทั่วไป ได้แก่

2.1 การเป็นผู้ให้คำสอนในการป้องกันและควบคุมการเพิ่มของระดับไขมันในร่างกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

2.1.1 ระดับไขมันในร่างกาย[16] [17]เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับไขมันในร่างกายที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการฉันอาหารที่มีปริมาณคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ ไขมันที่ไม่ดี เข้าไปในร่างกายในปริมาณมากและเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการป้องกันและควบคุมระดับไขมันคือ การลด งดรับปริมาณไขมันเหล่านี้ไปในร่างกาย การให้คำสอนแก่พระสงฆ์และประชาชนทั่วไป ได้แก่

1. สาเหตุของการเกิดระดับไขมันในร่างกายที่สูง โดยมักเกิดจากพฤติกรรมการฉันหรือบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันร่วมกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย ดังนั้นการพิจารณาอาหารที่จะต้องฉัน หรือเลือกประเภทอาหารจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

2. ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการมีระดับไขมันในร่างกายสูง เช่น การเกิดภาวะอ้วนในพระสงฆ์ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ไขมันไปสะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการอุดตัน เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต

---

[16] Catapano, A. L., et al. 2016 “ECS/EAS guidelines for the management of dyslipidemias Atherosclerosis”, **European Heart Journal**. Vol.32 (2011) : 281-344.

[17] Op. cit., **Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American heart association**. P.16-37.

3. ผลของการพยากรณ์ความเสี่ยงในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีพระสงฆ์มากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 38.95) อาพาธและมรณภาพด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด[18]

4. วิธีการกำจัดไขมัน ได้แก่ การออกกำลังกาย การเพิ่มกิจกรรมทางกาย อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับไขมันที่ดี (HDL cholesterol) โดยไขมันชนิดนี้จะทำหน้าที่ในการกำจัดไขมันไม่ดี (LDL cholesterol) ออกจากหลอดเลือดแดง จึงสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

5. การแนะนำให้พระสงฆ์หรือประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคอ้วน ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อย ให้ได้รับการตรวจหาระดับไขมันในเลือด ซึ่งหากมีระดับไขมันในเลือดสูงมาก ควรได้รับการรักษาโดยวิธีการปรับพฤติกรรมการฉันหรือรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา

2.2 ระดับความดันโลหิตสูง[19] หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในค่าที่เหมาะสม จะมีผลสียต่อวัยวะเป้าหมาย หัวใจและหลอดเลือด ถือเป็นอวัยวะที่จะได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน โดยจะทำให้ผนังหลอดเลือดและหลอดเลือดหัวใจมีการหนาตัวขึ้น เกิดการตีบแคบ ร่วมกับการที่หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดหัวใจโต เกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้ ดังนั้น การให้คำสอนถึงผลกระทบที่เกิดจากระดับความดันโลหิตที่สูงดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นสิ่งที่พระสงฆ์สามารถมีส่วนช่วยให้ไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้การช่วยลดปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงก็มีความสำคัญด้วยเช่นกัน

2.3 ระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำสอน การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง หรือที่เรียกว่า โรคเบาหวาน จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำควบคู่ไปกับกลยุทธ์อื่น เนื่องจากหากร่างกายมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงเกินปกติเป็นระยะเวลานานร่วมกับมีภาวะอื่น ๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ย่อมจะส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบ เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ลดลง ภาวะนี้นับได้ว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

---

[18] อ้างแล้ว, **สถานการณ์สุขภาวะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร**, 2561, หน้า 5-20.

[19] Op. cit., **Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American heart association**. P.16-37.

3. บทบาทของพระสงฆ์ด้านการสร้างความตระหนักให้แก่พระสงฆ์และประชาชน เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจแก่พระภิกษุและประชาชนทั่วไป ได้แก่

3.1 การสร้างความตระหนักแก่พระสงฆ์และประชาชนทุกเพศวัยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปและโดยเฉพาะเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคของหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากสถิติขององค์การอนามัยโลกและผลจากการศึกษาวิจัย ได้แสดงถึงอายุของผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคของหัวใจและหลอดเลือดมีความชุกที่มากขึ้นในบุคคลกลุ่มนี้ ดังนั้น การให้คำสอนโดยการบอกถึงสถานการณ์ของโรคนี้นับได้ว่าจะสามารถสร้างความตระหนักให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

4. บทบาทของพระสงฆ์ด้านการป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรคโดยวิธีการเฝ้าระวัง ดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการหรือพบผู้ที่มีอาการจากโรคหลอดเลือดหัวใจ[20]

4.1 การประเมินอาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ มีอาการแน่นหน้าอก บริเวณกลางอกหรือ อกด้านซ้าย อาจมีการเจ็บร้าวไปที่คอ กราม ลิ้นปี่ ไหล่ หรือแขนซ้าย

4.2 หากมีอาการ หรือพบผู้ที่มีอาการดังกล่าวให้รีบโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 1669 หรือแจ้งบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงโดยเร็ว เพื่อประสานขอความช่วยเหลือแก่โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยฉุกเฉินประจำตำบลที่ใกล้ที่สุด

4.3 ไม่ควรสังเกตอาการ หรือรักษาอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ได้แก่ การไปนอนพัก การรับประทานยาแก้ปวด หรือรอให้มีอาการมาก หากปล่อยปะละเลยเป็นเวลานานจะส่งผลให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้

4.4 หากวัด หรือสถานที่ ๆ มีอาการ ณ ขณะนั้นไกลจากโรงพยาบาลมาก ไม่ควรไปโรงพยาบาลเองหรือมีผู้นำส่งเอง ให้รีบขอความช่วยเหลือโดยวิธีการโทรศัพท์ไปยังเบอร์ 1669 เพื่อที่จะมีทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญไปรับ

4.5 หากผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจและได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยามีอาการเจ็บหน้าอกดังกล่าวข้างต้น สามารถใช้วิธีการอมยา ไนโตรกลีเซอรีน ใต้ลิ้น 1 เม็ด

---

[20] สัชชนะ พุ่มพฤกษ์. “Acute coronary syndromes. ACLS new guideline 2015”. โครงการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฝึกทักษะระบบจำลอง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 125-138.

และอาการไม่ดีขึ้น หลังจากอมยา 5 นาที ให้รีบติดต่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด หรือโทร 1669

สรุป

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและปัจจัยทางสุขภาพร่วมกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ อย่างไรตามโรคนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดได้โดยต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สนับสนุนการเกิดโรค และตระหนักรู้ในตนเองว่าโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งหากพระสงฆ์ทุกรูปและประชาชนทุกคนได้รับทราบและปฏิบัติตามวิธีการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเคร่งครัด เชื่อได้ว่า โรคนี้จะมีสถานการณ์การเจ็บป่วยและอัตราการตายที่ลดลงได้

เอกสารอ้างอิง

คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด, 2560.

ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และ อลิสรา อยู่เลิศลบ. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2560. <http://www.lpho.go.th/main/ ?p=6349>, 2560.

พินิจ ลาภธนานนท์. **โภชนปฏิบัติเพื่อสุขภาพพระสงฆ์.** กรุงเทพฯ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด, 2557.

พระราชสิทธิเวที. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาวะ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ภทระพรีเพรส , 2561. 5-20.

รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และ วีรนุช รอบสันติสุข. โรคความดันโลหิตสูง. คู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: หจก. มีเดีย เพรส, 2560. หน้า 51-59.

โรงพยาบาลสงฆ์. รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. <http://www.priest-hospital.go.th/healthCareforMonk/>

วโรดม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี และ เบญจมาศ สุขสถิตย์. “ดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง”, หน้า 479-488. (9 กันยายน 2560). วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยฯ, 2560.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 2557.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. “สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยในระยะ 5ปี”, **วารสารควบคุมโรค.** ปีที่ 43 (2560): 379-390.

สัชชนะ พุ่มพฤกษ์. “Acute coronary syndromes. ACLS new guideline 2015”. โครงการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฝึกทักษะระบบจำลอง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 125-138.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. “ตั้งเป้าเพิ่ม"กิจกรรมทางกาย". http://www.thaihealth.or.th/Content/27078-ตั้งเป้าเพิ่ม%20%22กิจกรรมทางกาย%22%20.html>, 2558.

สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปี ปฏิทิน 2558 <http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_ Final. aspx?reportid= 367&template= 1R2C&yeartype= M&subcatid= 15. >, 2560.

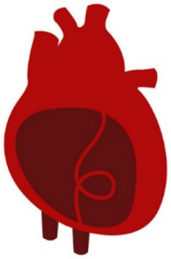
Benjamin et al. Cardiovascular health. Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American heart association. **Circulation.** Vol. 135 (March 2017): 16-37.

Catapano, A. L., et al. 2016 "ECS/EAS guidelines for the management of dyslipidemias Atherosclerosis", **European Heart Journal**. Vol.32 (2011) : 281-344.

World health organization [WHO]. "Cardiovascular disease (CVDs)" <http: / / www. who. int/ en/ news-room/ factsheets/ detail/ cardiovascular-diseases-(cvds)>, 2017.

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)

อาจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ และ/หรือรับเลือดกลับจากอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ ในขณะที่ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจแทบทุกชนิด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ

สาเหตุ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากการมีสาเหตุใด ๆ ก็ตามที่ทำให้หัวใจทำหน้าที่รักษาและควบคุมปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ซึ่งอาจมีผลเกิดจาก 1) ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ 2) แรงต้านต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจ 3) การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และ 4) อัตราการเต้นของหัวใจ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ตามที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยนี้จะส่งผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำหน้าที่ได้ลดลงและทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา[1]

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถแบ่งออกไปเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจรูห์มาติก 4) โรคหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ผนังกั้นห้องหัวใจรั่ว 5) แรงดันในปอดสูง 6) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ 7) ภาวะไทรอยด์สูงกว่าปกติ 8) ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว และ 9) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

2. สาเหตุกระตุ้น ที่ทำให้หัวใจห้องล่างทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดอาการเฉียบพลัน และส่งผลให้การทำงานของหัวใจลดลง ได้แก่ 1) ภาวะโลหิตจาง 2) การติดเชื้อในร่างกาย 3) ไทรอยด์เป็นพิษ 4) ภาวะไทรอยด์ในเลือดต่ำ 5) หัวใจเต้นผิดจังหวะ 6) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ 7) โรคลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด 8) โรคพาเจ็ต (Paget's disease) 9) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และ 10) การมีปริมาณสารน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น

---

[1] Lewis, S.L, Dirksen, S.R. Heitkemper M.M., & Bucher L., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems** 9th ed., (St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby, 2014): p. 766-786.

อาการและอาการแสดง

ความผิดปกติที่พบจะขึ้นอยู่กับอายุ โรคของหัวใจที่มีอยู่เดิม และด้านของห้องหัวใจที่มีล้มเหลว โดยอาการและอาการแสดงจะมีดังนี้[2 3 4 5]

1. **เหนื่อยล้า** เป็นอาการที่พบได้ตั้งแต่ในระยะแรกเมื่อมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ซึ่งในระยะแรกอาการเหนื่อยล้าอาจจะเกิดขึ้นภายหลังการทำกิจกรรม ส่งผลให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่ทน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ลดลง เมื่ออาการเหนื่อยล้าเป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดการข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

2. **อาการเหนื่อย หายใจลำบาก** ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อออกแรงมีกิจกรรม หรือแม้แต่ในขณะพัก นอกจากนี้อาจพบอาการหายใจลำบากนอนราบไม่ได้ หรือ อาการหายใจลำบากในเวลากลางคืนภายหลังที่นอนพักหลับไปแล้วในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในขณะนอนหลับในท่านอนหงายราบ ผู้ที่มีอาการจะสะดุ้งตื่นกลางดึกเนื่องจากหายใจลำบาก จนต้องลุกมานั่งหรือยืนซักพักอาการจึงจะดีขึ้น

3. **อาการบวมโดยเฉพาะบริเวณส่วนล่างของร่างกาย** เช่น เท้า ขา หน้าแข้ง โดยเป็นลักษณะการบวม กดบุ๋ม

4. **อึดอัด แน่นท้อง ท้องอืด** เนื่องจากตับโตจากการมีเลือดคั่งในตับ มีน้ำในช่องท้อง อาจพบคลื่นไส้ เบื่ออาหารได้

นอกจากนั้นอาจพบ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เส้นเลือดที่คอโป่งพอง หัวใจโต น้ำท่วมปอด หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เช่น กระสับกระส่าย สับสน ความสนใจตั้งใจลดลง

---

[2] รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ**, (เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557): p. 11-12.

[3] Ignatavicius, D.D. & Workman, M.L, **Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care** 7th ed, (United States of America: Elsevier, 2013): p. 744-771.

[4] Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H, **Brunner & Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing** 12th ed. (China: J.B. Lippincott, 2010): p. 823-846.

[5] Op. cit., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems**, p. 766-786.

ความจำผิดปกติ เจ็บอก จากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จากการคั่งของสารน้ำในร่างกาย

ภาวะแทรกซ้อน ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะทำให้เกิด

1. สารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. หัวใจเต้นผิดปกติ
3. ลิ่มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. ตับโต ทำให้ตับทำหน้าที่ลดลง เกิดเซลล์ตับตายและทำให้เกิดตับแข็ง และ
5. ไตวายจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลง

ผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถแบ่งออกได้ 4 ระดับตามความสามารถในการทำกิจกรรมดังนี้

ระดับที่ 1 (class I) ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 (class II) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดเล็กน้อยในการทำกิจกรรมตามปกติ โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก

ระดับที่ 3 (class III) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างชัดเจนในการทำกิจกรรมตามปกติ แต่จะไม่มีอาการในขณะพัก การทำกิจกรรมแม้เพียงเล็กน้อยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 4 (class IV) ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลยเนื่องจากมีอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก โดยอาการอาจเกิดขึ้นแม้แต่ในขณะพัก และหากทำกิจกรรม ความไม่สุขสบายดังกล่าวจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

การรักษาในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

เพื่อรักษาสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ควบคุมให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ บรรเทาอาการ ส่งเสริมให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิต

ดีขึ้น ป้องกันอันตรายต่ออวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิต[6] [7] โดยการรักษาประกอบด้วย

1. **การรักษาด้วยการให้ออกซิเจน** เพื่อให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในภาวะปกติ ลดอาการหายใจลำบากและอาการเหนื่อยล้า

2. **การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ** เพื่อให้สามารถสงวนพลังงานและลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย โดยความต้องการการพักผ่อนขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหัวใจ เช่น ในผู้ที่มีโรคหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรงอาจจำเป็นที่จะต้องพักผ่อนบนเตียงและจำกัดการทำกิจกรรม ในขณะที่ผู้ที่มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง สามารถทำกิจกรรมได้หากไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม วางแผนช่วงเวลาในการทำกิจกรรมสลับกับการพักอย่างเพียงพอ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3. **การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจถาวร หรือ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจถาวรร่วมกับเครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติชนิดฝังในร่างกายสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง** เป็นการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยเครื่องกระตุ้นหัวใจถาวรจะส่งกระแสไฟฟ้าในปริมาณน้อย ๆ เพื่อไปกระตุ้นหัวใจให้ทำงานประสานกันอย่างเหมาะสม ทำให้หัวใจทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ในขณะที่การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจถาวรร่วมกับเครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติชนิดฝังในร่างกายจะใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีการเต้นของหัวใจห้องล่างผิดปกติร่วมด้วย

4. **การรักษาด้วยการใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ จะใช้ในผู้ป่วยระหว่างรอผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ**

5. **การรักษาด้วยยา** ประกอบด้วย[8] [9] [10]

---

[6] อ้างแล้ว ,**คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ**, p. 21-41.

[7] Op. cit., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems**, p. 766-786.

[8] อ้างแล้ว, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ,** p. 21-41.

[9] Op. cit., **Brunner & Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing,** p. 823-846.

[10] Op. cit., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems**, p. 766-786.

5.1 ยาขับปัสสาวะ เป็นการรักษาภาวะน้ำเกินในร่างกาย ทำให้มีปัสสาวะออกมากขึ้น เมื่อรับประทานยาในกลุ่มนี้ อาจจะต้องมีการตรวจระดับเกลือแร่ในร่างกาย เพราะอาจทำให้เกิดเกลือแร่ต่ำได้

5.1.1 กลุ่มลูปไดยูเรติก เช่น ฟูโรซีไมด์ หรือ ลาซิกซ์ ซึ่งจะช่วยในการขับปัสสาวะได้ดี ผลข้างเคียงทำให้ระดับเกลือแร่โปแตสเซี่ยมในเลือดต่ำ

5.1.2 กลุ่มไทอะไซด์ เช่น ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ หรือ เอชซีทีแซด ช่วยเพิ่มการขับออกของโซเดียมและน้ำ ผลข้างเคียงทำให้ระดับเกลือแร่โปแตสเซี่ยมในเลือดต่ำ

5.1.3 กลุ่มโพแทสเซียม-สแปริ่ง เช่น อามิโลไรด์ ไทรแอมเทรีน ยาขับปัสสาวะในกลุ่มนี้จะช่วยลดภาวะน้ำเกินและป้องกันการสูญเสียโปแตสเซี่ยม

5.2 ยาต้านเรนิน แองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน

5.2.1 ยาขยายเส้นเลือดชนิดยาต้านแองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ตติงเอนไซม์ เช่น แคปโตพริล อีนาลาพริล ช่วยลดความดันโลหิต แต่มีผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ไอแห้ง ๆ

5.2.2 ยาต้านแองจิโอเทนซิน ทู รีเซ็ปเตอร์ เช่น ลอซาร์แทน วาลซาร์แทน แคนดิซาร์แทน ทำให้หลอดเลือดคลายตัวและยับยั้งการหลั่งอัลโดสเตอโรน ทำให้ความดันโลหิตลดลง แรงต้านต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจลดลง ในผู้ได้รับยาในกลุ่มนี้ต้องมีการติดตามภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะโปแตสเซี่ยมในเลือดสูง และการทำงานของไตบกพร่อง

5.2.3 ยาต้านอัลโดสเตอโรน เช่น สไปโรโนแล็กโทน อิพลีรีโนน ยาในกลุ่มนี้เพิ่มการขับของโซเดียมและน้ำแต่ไม่สูญเสียโปแตสเซี่ยม ดังนั้น จึงควรติดตามระดับโปแตสเซี่ยมในเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาไดจอกซิน เนื่องจากหากโปแตสเซี่ยมในเลือดสูงจะทำให้ฤทธิ์ของไดจอกซินลดลง แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปแตสเซี่ยมสูง หากได้รับยานี้เป็นเวลานาน อาจพบภาวะเต้านมโตในผู้ชายได้

5.3 ยาต้านเบต้า เช่น คาร์วีไดลอล อะทีโนลอล และ เมโทโพรลอล สามารถลดการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดขยายและลดแรงต้านต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจ อาการข้างเคียงได้แก่ บวม อาการของโรคหัวใจล้มเหลว รุนแรงขึ้น ความดันโลหิตต่ำ เหนื่อยล้า และหัวใจเต้นช้า หากมีอาการดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์

5.4 ยาขยายหลอดเลือด

5.4.1 ยาในกลุ่มไนเตรท ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว

5.4.2 ยาในกลุ่มบิดิล เป็นยาที่ประกอบด้วยไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรต และ ไฮดราลาซิน ใช้เพื่อรักษาโรคหัวใจล้มเหลว อาการข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

5.5 ยาในกลุ่มดิจิทาลิส เช่น ไดจอกซิน ออกฤทธิ์เพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ลดปริมาณเลือดที่ค้างอยู่ในหัวใจห้องล่างขณะที่หัวใจคลายตัว และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ อาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นช้า ตามองเห็นผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

5.6 ยาเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น โดปามีน โดบูทามีน มิลริโนน ทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจได้ดีขึ้น

6. การควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ต้องรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำควบคู่ไปกับการควบคุมน้ำหนัก การนำแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงมาใช้แม้ว่าจะไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคหัวใจล้มเหลวได้ดี

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจล้มเหลว[11] [12]

บทบาทในการป้องกันการเกิดโรค

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยให้ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงระหว่าง 18.5-23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งจะช่วยให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว

2. **การฉันภัตตาหารอย่างเหมาะสม ได้แก่**

2.1 ฉันผักใบเขียว ผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน อย่างน้อยมากกว่า 5 กำมือต่อวัน

2.2 ลดการฉันภัตตาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอยนางรม กุ้ง ปลาหมึก น้ำมันหมู เนย น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว

2.3 ลดการฉันภัตตาหารที่ปรุงด้วยวิธีการ

---

[11] Op. cit., **Brunner & Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing,** p. 823-846.

[12] Op. cit., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems**, p. 766-786.

ทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด แคบหมู กล้วยทอด ปาท่องโก๋ ลูกชิ้นทอด หรืออื่น ๆ

2.4 จำกัดการฉันภัตตาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี่ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงมัสมั่น แกงคั่ว แกงเทโพ หลนต่าง ๆ เป็นต้น

2.5 ฉันนมหรือผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ ธัญพืช ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน อกไก่

3. **การจำกัดเกลือในภัตตาหารที่ฉัน** ในพระสงฆ์ที่มีสุขภาพแข็งแรงควรฉันเกลือโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน หากมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือมีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ เป็นโรคไต ควรฉันเกลือโซเดียมไม่เกิน 1,500 มก./วัน

โดยเฉลี่ยน้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 1,160–1,420 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 960-1,420 มก. ผงชูรส 1 ช้อนชามีโซเดียม 492 มก. และเกลือแกง 1 ช้อนชามีโซเดียม 2,000 มก.

การลดเกลือโซเดียมในภัตตาหารสามารถกระทำได้โดยการจำกัดการฉันภัตตาหารกึ่งสำเร็จรูปหรือภัตตาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร ร่วมกับการชิมก่อนปรุง และพยายามที่จะไม่เติมพริกน้ำปลา ซอสปรุงรส เกลือ ซอสมะเขือเทศและซอสอื่น ๆ เพิ่มในขณะที่ฉันภัตตาหาร

4. **การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น**

4.1 การปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ เช่น เดินบิณฑบาต เดินในวัด เดินจงกรม กวาดลานวัด ซักผ้า ตากผ้า ทำงานสาธารณูปการในวัด เช่น ตัดต้นไม้ เทปูน เลื่อยไม้ ให้ระยะเวลาในการทำกิจวัตรมีเวลาเพียงพอ นานอย่างน้อย 40 นาทีต่อวัน

4.2 การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน นานอย่างน้อย 40 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระแทกมากเกินไปหรือต้องมีแรงเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก

4.3 ไม่นั่งอยู่กับที่ติดต่อกันยาวนานกว่า 1 ชั่วโมง ยกเว้นในการปฏิบัติกิจของสงฆ์ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ และอื่น ๆ

5. การหยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เกิดหลอดเลือดหดเกร็งและเพิ่มความดันโลหิตโดยเฉพาะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

6. **การจัดการความเครียด** ได้แก่ การทำสมาธิ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม และการออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวต้องมีการแนะนำให้ปฏิบัติตั้งแต่ในขณะที่ยังไม่มีความเครียดเกิดขึ้น เพื่อที่เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะได้สามารถนำหลักการจัดการต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสม

7. การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงในการเป็นโรคที่อาจส่งผลให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้ เช่น โรคของหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ เป็นต้น

บทบาทสำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยหัวใจล้มเหลว ควรมีการปฏิบัติตนดังต่อไปนี้

1. การติดตามและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจล้มเหลว โดยการสังเกตความผิดปกติของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และมาพบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้น [13]

1.1 การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินและการแก้ไขเบื้องต้น เมื่อมีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือ มีอาการหายใจลำบากเวลากลางคืนภายหลังการนอนไปแล้ว ซึ่งหากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นให้รีบไปโรงพยาบาล

1.2 การเฝ้าระวังน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอ โดยให้ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งในตอนเช้า ภายหลังจากที่เข้าห้องน้ำขับถ่ายแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า หาก**มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมากกว่า 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน หรือ 2 กิโลกรัมใน 3 วัน** แสดงว่ามีภาวะน้ำเกินเกิดขึ้น

2. การฉันภัตตาหาร

2.1 ในกรณีที่มีน้ำหนักตัวเกิน หรือเป็นโรคอ้วน ควรลดน้ำหนักเนื่องจากน้ำหนักตัวที่มากเกินไปจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น

2.2 ในกรณีที่มีน้ำหนักตัวน้อยเกิน ผู้ที่มีโรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงอาจเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้จากการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย รวมถึงมีการดูดซึมที่ไม่ดี หากดัชนีมวลกายน้อยกว่า 22 ควรเพิ่มการออกกำลังให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

3. การจำกัดการฉันเกลือ ให้น้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของหมักดอง อาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วเพิ่มในอาหาร

---

[13] อ้างแล้ว, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ,** p. 56-63.

4. การจำกัดน้ำดื่ม หากมีอาการเหนื่อยหอบมาก ต้องใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง เป็นโรคไตที่มีน้ำและเกลือคั่งง่าย หรือมีภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ควรดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน

5. การฉันภัตตาหารอย่างเหมาะสม ดังที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้ คือ เพิ่มการบริโภคผักใบเขียว ผลไม้ที่ไม่หวาน หลีกเลี่ยงของทอด อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม

6. การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้มีโรคหัวใจล้มเหลว คือ การเดินบนทางราบ เริ่มที่ละน้อย จาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องมีการเบ่ง หลีกเลี่ยงการยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือกิจกรรมใด ๆ ที่ออกแรงมากเกินไปจนฝืนความรู้สึกของตนเอง นอกจากนั้นควรงดออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่สบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก

7. การเดินทาง ไม่แนะนำให้เดินทางเพียงรูปเดียวและไม่ควรเดินทางโดยเครื่องบินเพราะมีออกซิเจนเบาบางกว่าปกติ แต่หากมีความจำเป็นต้องเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารให้ทำการแจ้งสายการบินก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 48 ชั่วโมงเพื่อให้ทางสายการบินได้จัดเตรียมออกซิเจนไว้ ซึ่งโดยปกติในผู้ที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวที่สามารถเดินทางราบได้ 50 เมตร หรือเดินขึ้นบันได 1 ชั้นโดยที่ไม่เหนื่อยจะสามารถเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารได้ แต่ไม่ควรเดินทางโดยเครื่องบินขณะที่มีอาการกำเริบ

8. การใช้ยารักษาโรคหัวใจ โดยให้ฉันยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ไม่ปรับเพิ่มหรือลดยาด้วยตนเอง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ฉัน นอกจากนั้นแล้ว พระที่อาพาธด้วยโรคหัวใจล้มเหลวควรต้อง

8.1 รู้จักชื่อยา ฤทธิ์ของยา เป้าหมายในการรักษาด้วยยาชนิดนั้น ๆ ขนาดยา การบริหารยา และผลข้างเคียงที่สำคัญ

8.2 ยาบางตัวอาจทำให้เกิดอาการแย่ลงในระยะแรก แต่จะส่งผลดีในระยะยาว อย่าหยุดยาเอง

8.3 นำยาไปด้วยทุกครั้งเมื่อไปโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาผิด รับประทานซ้ำซ้อน หรือ ขาดยา

8.4 ควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ หากมีการรับประทานยาอื่น ๆ ยาแผนโบราณ หรือ สมุนไพร เพราะยาบางตัวอาจมีผลกับยาที่ฉันอยู่ หรือมีผลเสียต่อหัวใจ

8.5 ในกรณีที่มียาต้องฉันเป็นจำนวนมาก ควรมีการเขียนตารางการฉันยาที่ชัดเจน

9. การเข้าร่วมการฟื้นฟูสภาพในโรคหัวใจ เพื่อฟื้นสภาพการทำงานของหัวใจจนสามารถทำงานได้ในระดับที่เหมาะสม ฟื้นฟูภาวะทางจิตใจอารมณ์ ส่งเสริมการมี

ปฏิสัมพันธ์ในสังคม สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามสมณสารูปและเหมาะสมกับสภาวะของโรคและความเจ็บป่วย และสามารถควบคุมอาการของโรคได้[14]

[14] ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ พ.ศ. 2553, <http://www.thaiheart.org/images/column_ 1291454908/RehabGuideline.pdf>, 2553.

เอกสารอ้างอิง

ชมรมฟื้นฟูหัวใจ. แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ พ.ศ. 2553. <http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf>, 2553.

รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, & อรินทยา พรหมินธิกุล. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557.

Ignatavicius, D.D. & Workman, M.L. **Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care** 7th ed. United States of America: Elsevier, 2013.

Lewis, S.L, Dirksen, S.R. Heitkemper M.M., & Bucher L. **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems** 9th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby, 2014.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. **Brunner & Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing** 12th ed. China: J.B. Lippincott, 2010.

โรคหลอดเลือดสมอง

ผศ.นพ.สุรัตน์ ตันประเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือที่รู้จักกันในชื่อทั่วไปคือโรคอัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากสมองเกิดการสูญเสียการทำงานจากความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก หรือ หลอดเลือดสมองตีบก็ได้ ในสมัยโบราณ ที่ผู้คนยังไม่รู้จักสาเหตุของการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันว่า เกิดจากหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ คนนึกไปว่า สาเหตุที่ไม่ทราบนั้นเกิดจากพระเจ้าลิขิต หรือเรียกว่า Stroke in the God hand ต่อมาเมื่อได้มีการค้นพบสาเหตุจึงทราบว่า จริง ๆ แล้วนั้น ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกตินั่นเอง ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความทุพลภาพอันดับต้น ๆ ของโลก จึงมีการรณรงค์ให้มีความตระหนักเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะให้ทราบอาการเพื่อให้นำส่งโรงพยาบาลและได้รับการรับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลได้ภายใน 4.5 ชั่วโมง[1] ก็สามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้อีกครั้ง

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง?

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการที่หลอดเลือดมีการแข็งตัวจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ ไขมันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ในบางสาเหตุที่ทำให้เกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน ยังเกิดจากลิ่มเลือดที่กระจายมาอุดหลอดเลือดสมองจากหัวใจ

อาการแบบไหนสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดความผิดปกตินั้น อาการที่พบได้บ่อยที่สุดได้แก่ อาการอ่อนแรง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการอ่อนแรงอย่างเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม อาการอื่น ๆ ก็พบได้เช่นเดียวกัน โดยอาการที่พบได้บ่อยได้แก่

---

[1] Davis, S.M, & Donnan, G.A., “The new time window for tissue plasminogen activator in stroke”, **Stroke** Vol. 40 No. 6 (30 April 2009): p 2266-2267.

อาการอ่อนแรง เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด โดยอาการอ่อนแรงที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองนั้น จะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก เนื่องจากสมองซีกหนึ่งควบคุมร่างกายด้านตรงข้าม

อาการชาครึ่งซีก อาการชาที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันก็เป็นอาการที่พบได้บ่อย ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่มีอาการอ่อนแรงเลยก็ได้

ปัญหาในการพูด ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการพูด เช่น พูดไม่ออก พูดไม่ชัด เป็นต้น

สูญเสียการมองเห็น โดยเฉพาะสูญเสียการมองเห็นของลานสายตาครึ่งซีก

อาการเดินเซ เดินไม่ตรงเหมือนคนเมาสุรา อาจเกิดจากสมองน้อยตรงส่วนท้ายทอยขาดเลือดได้

นอกจากอาการดังกล่าวแล้ว ยังมีอาการความผิดปกติอื่น ๆ ที่หากเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันก็ควรรีบพบแพทย์ เพราะอาจเป็นอาการจากโรคหลอดเลือดสมองได้

โรคหลอดเลือดสมองรักษาหายได้หรือไม่ ?

โดยวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ๆ แต่หลังจากรักษาหายแล้ว ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติได้หรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และการทำกายภาพบำบัด

การทำกายภาพบำบัดถือว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก เนื่องจากเป็นวิธีที่จะช่วยฟื้นฟูการทำงานของเซลล์สมอง เพื่อให้เซลล์มีการเปลี่ยนรูปร่าง หรือที่เรียกว่า Neuroplasticity ให้กลับมาทำงานได้ดังเดิม[2]

เราจะป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ ?

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นมาแล้ว การรักษาจะช่วยได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น และการฟื้นฟูสภาพของสมอง ก็ทำได้ยาก วิธีในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำได้ด้วยการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยมีข้อแนะนำ 9 ประการ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดังนี้[3]

---

[2] Zorowitz, R., & Brainin, M., Advances in Brain Recovery and Rehabilitation 2010, **Stroke** Vol 42, (13 January 2011): p 294-297.

[3] Goldstein, L.B., Bushnell, C.D., Adams, R.J., Appel, L.J., Braun, L.T., Chaturvedi, S., Creager, M.A., Culebras, A., Eckel, R.H., Hart, R.G., Hinchey, J.A., Howard, V.J., Jauch, E.C., Levine, S.R., Meschia, J.F., Moore, W.S., Nixon, J.V., and Pearson, T.A., Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะผัก ผลไม้ที่มีไฟเบอร์สูง และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

2. ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงต่าง ๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสามารถช่วยควบคุมน้ำหนักและช่วยลดระดับคอเลสเตอลรอล รวมถึงความดันโลหิตสูงได้ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สำหรับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกส่วนเด็กและวัยรุ่น ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง

4. งดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้ แต่หากไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาวิธีเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะจะช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ แต่ถ้าหากไม่ดื่มเลยจะดีที่สุด หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็สามารถดื่มได้ แต่ควรดื่มในปริมาณที่แนะนำ คือ ผู้ชายไม่ควรเกินวันละ 2 แก้ว และผู้หญิงไม่ควรเกินวันละ 1 แก้ว

6. ควบคุมระดับคอเลสเตอรอล ควรตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการ

7. ควบคุมระดับความดันโลหิต การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

8. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวาน แพทย์จะตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าผลออกมาแล้วพบว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ชีวิต นอกจากนี้ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้ และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง

Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, **Stroke** Vol. 42 (2 December 2010): p 517-584.

9. รักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีอาการของโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ควรเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยา และการผ่าตัด เพราะการรักษาที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้

เอกสารอ้างอิง

Davis, S.M, & Donnan, G.A., “The new time window for tissue plasminogen activator in stroke”, **Stroke** Vol. 40 No. 6 (30 April 2009): p 2266-2267.

Goldstein, L.B., Bushnell, C.D., Adams, R.J., Appel, L.J., Braun, L.T., Chaturvedi, S., Creager, M.A., Culebras, A., Eckel, R.H., Hart, R.G., Hinchey, J.A., Howard, V.J., Jauch, E.C., Levine, S.R., Meschia, J.F., Moore, W.S., Nixon, J.V., and Pearson, T.A., Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, **Stroke** Vol. 42 (2 December 2010): p 517-584.

Zorowitz, R., & Brainin, M., Advances in Brain Recovery and Rehabilitation 2010, **Stroke** Vol 42, (13 January 2011): p 294-297

อาหารเป็นพิษ

อ.ภทพร บวรทิพย์
อ.วโรดม เสมอเชื้อ
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

อาหารเป็นพิษ (Food poisoning) หมายถึง อาการท้องเดินเนื่องจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีการปนเปื้อนของสารพิษ สารเคมี หรือโลหะหนัก[1 2]

สาเหตุปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของอาหารเป็นพิษที่พบบ่อย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ [3]

1. สารพิษของไวรัส ปรสิต แบคทีเรีย ที่เจริญเติบโตในอาหารก่อนการบริโภค เช่น สารพิษของเชื้อ *วิบริโอพาราฮีโมไลติคัส* มักพบในอาหารทะเลที่ดิบหรือปรุงไม่สุกพอ *คลอสตริเดียม โบทูลินัม* มักพบในอาหารกระป๋องที่ผลิตเองไม่ได้มาตรฐาน หน่อไม้ปี๊บ สแตฟีโลค็อกคัส ออเรียส มักพบใน อาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผลิตภัณฑ์จากนม ขนมปัง เป็นต้น
2. พืชพิษ เช่น เห็ดพิษ กลอย
3. สัตว์พิษ เช่น ปลาปักเป้า แมงดาถ้วย คางคก

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาหารเป็นพิษ คือ[4]

1. การเก็บอาหารค้างมื้อจนมีเชื้อโรคปนเปื้อน
2. จัดเก็บอาหารในที่ไม่สะอาดและปลอดภัย ไม่เก็บอาหารในที่มิดชิดหรือตู้เย็น
3. กรรมวิธีการผลิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
4. สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ประกอบอาหารไม่สะอาด

---

[1] สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน.** (กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2551).

[2] กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ. Food poisoning. http://www.boe. moph go.th/fact/Food_Poisoning.html.>, 2561.

[3] อ้างแล้ว, **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน**.

[4] จุรีภรณ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งเป็นพิษ: เชื้อโรคที่ทำให้เกิดอาหารเป็นพิษ. **<http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_toxic/a_tx_1_001c asp?info_id=69**>, 2561.

อาการและอาการแสดง[5 6]

อาการอาหารเป็นพิษจากเชื้อโรคต่างๆ มักมีอาการคล้ายกัน คือ

1. ปวดท้อง ปวดแบบบิดเป็นพักๆ
2. อาเจียน
3. ถ่ายเป็นน้ำ หรือมูกเลือด
4. อาจไม่มีไข้ หรือมีไข้ต่ำๆ
5. อ่อนเพลีย

อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีหลังรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อน โดยระยะเวลาของการมีอาการขึ้นอยู่กับระยะฟักตัวของเชื้อแต่ละชนิด เช่น หากมีอาเจียนมาก ไม่มีไข้ เป็นหลังจากรับประทานอาหารไปแล้ว 1-8 ชั่วโมง มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียสแตฟีโลค็อกคัส ออเรียส เป็นต้น

การรักษา[7 8]

1. ให้รับประทานผงเกลือแร่ (ORS) จิบแทนน้ำบ่อยๆ แต่ไม่ควรดื่มครั้งเดียวจนหมดแก้ว เพราะลำไส้จะไม่สามารถดูดซึมได้ทันเนื่องจากช่วงที่ท้องเสียลำไส้จะดูดซึมน้ำและอาหารได้ลดลง จะส่งผลให้ท้องเสียมากกว่าเดิม

2. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม น้ำข้าว ควรงดอาหารแข็ง ย่อยยาก อาหารรสจัด อาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้ เนื่องจากอาหารเหล่านี้จะกระตุ้นให้ลำไส้ทำงานมากขึ้น

3. ถ้ามีอาการท้องเสียหรืออาเจียนรุนแรง ถ่ายเป็นเลือด มีไข้หนาวสั่น มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

4. ไม่ควรใช้ยาแก้ท้องเดิน หรือยาหยุดถ่าย เนื่องจากยาหยุดถ่ายจะทำให้ลำไส้หยุดบีบตัว และเก็บกักเชื้อโรคที่เป็นต้นเหตุไว้ในลำไส้นานขึ้น ส่งผลให้ร่างกายกำจัดเชื้อโรคได้ช้าลง

---

[5] อ้างแล้ว **,ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 :350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน.**

[6] Centers for Disease Control and Prevention. Be Food Safe: Protect Yourself from Food poisoning. <https://www.cdc./ gov/features /befoodsafe /index.html.>

[7] อ้างแล้ว ,**ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 :350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน.**

[8] Op. cit., **Be Food Safe :Protect Yourself from Food poisoning.**

5. หากมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใช้ยาแก้ปวด การใช้ยาปฏิชีวนะ การใช้ยาลดไข้

บทบาทของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมการเกิดอาหารเป็นพิษ

พระสงฆ์สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดอาหารเป็นพิษได้ดังนี้

1. การป้องกันการเกิดอาหารเป็นพิษ ได้แก่

1.1 การล้างมืออย่างถูกวิธี ด้วยสบู่ ก่อนและหลังฉันอาหาร และหลังการขับถ่าย โดยวิธีการ

1. ฝ่ามือถูฝ่ามือ
2. ฝ่ามือถูหลังมือ
3. ซอกมือถูซอกมือ
4. หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ
5. ถูนิ้วหัวแม่มือ
6. ปลายนิ้วถูขวางฝ่ามือ
7. ถูวนรอบๆข้อมือ

1.2 การรักษาความสะอาดของภาชนะ อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร แหล่งเก็บอาหารหรือเตรียมอาหาร และห้องสุขา

1.3 การป้องกันสัตว์นำโรคที่ทำให้เกิดอาหารเป็นพิษ เช่น แมลงสาบ แมลงวัน หนู โดยการใช้อุปกรณ์สำหรับปิดคลุมภาชนะรองรับอาหาร ได้แก่ มุ้งลวด ฝาชี

1.4 การเลือกฉันอาหารที่ผ่านการเตรียมเป็นอย่างดี ปรุงสุก อาหารที่ค้างมื้อต้องทำให้สุกใหม่ก่อนรับประทาน

1.5 การระมัดระวังการปนเปื้อนระหว่างอาหารดิบและอาหารสุก ไม่ฉันอาหารที่ปรุงไม่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ อาหารดิบ อาหารที่ปรุงกึ่งสุกกึ่งดิบ

1.6 อาหารสดควรล้างให้สะอาดด้วยน้ำสะอาด เช่น ผักสด ผลไม้สด

1.7 การดื่มน้ำสะอาด เช่น น้ำที่ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อโรค น้ำต้มสุก น้ำประปา

1.8 ไม่ฉันอาหารที่เก็บค้างคืน หรือสงสัยว่าหมดอายุ

1.9 ตรวจดูฉลากวันหมดอายุของอาหารที่บรรจุหีบห่อ น้ำปานะ ก่อนฉันทุกครั้ง

1.10 ไม่ฉันอาหารหรือดื่มน้ำปานะ จากบรรจุภัณฑ์ที่มีลักษณะผิดไปจากปกติ เช่น อาหารกระป๋อง อาหารแปรรูป อาหารสำเร็จรูป เครื่องดื่มแปรรูป นมกล่อง

1.11 การจัดการสุขาภิบาลบริเวณรอบวัด ได้แก่ การดูแลความสะอาดบริเวณวัด ทำลายแหล่งสงสัยว่าเป็นที่ก่อเชื้อโรค เช่น การใช้ฝาปิดถังขยะ กลบหลุมบ่อขยะ

2. การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการจากอาหารเป็นพิษหรือมีผู้เจ็บป่วยจากอาหารเป็นพิษ

2.1 ดื่มน้ำตาลเกลือแร่ ได้แก่ ผงน้ำตาลเกลือแร่ชนิดสำเร็จรูป หรือน้ำตาลเกลือแร่ที่ผสมขึ้นเอง ทดแทนบ่อยๆ ทุกครั้งที่ถ่ายเหลวหรืออาเจียน หากจะดื่มน้ำปานะที่เป็นประเภทน้ำอัดลมไม่มีสีควรเติมเกลือป่นประมาณ 1 ใน 3 ช้อนชาในน้ำอัดลม 1 ขวด (375 มิลลิลิตร)

2.2 หากไม่มีผงน้ำตาลเกลือแร่สำหรับชง ให้ชงน้ำตาลเกลือแร่ที่ผสมขึ้นเองโดยมีส่วนประกอบดังนี้

1. ใช้น้ำต้มสุกประมาณ 750 มิลิลิตรหรือประมาณขวดกลมใหญ่
2. น้ำตาลทราย ประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ
3. เกลือป่น ครึ่งช้อนชา

2.3 ไม่ควรงดอาหาร

2.4 ให้ฉันอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำซุป น้ำข้าว นมถั่วเหลือง

2.5 หากมีไข้ให้รับประทานยาลดไข้ เช่น พาราเซตามอล ครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง

2.6 ห้ามฉันยาต้านอุจจาระร่วง (ยาหยุดถ่ายอุจจาระ)

2.7 การฉันยาเม็ดผงถ่าน สามารถช่วยลดอาการท้องเสียหรืออาหารเป็นพิษได้ โดยฉันยาครั้งละ 3-4 เม็ด ฉันก่อนหรือหลังยาอื่น 2 ชั่วโมง วันละ 3-4 ครั้ง

2.8 หลีกเลี่ยงหรืองดการฉันอาหารที่สนับสนุนให้เกิดอาการท้องเสียหรืออาเจียน เช่น อาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด อาหารรสเผ็ดย่อยยาก อาหารที่มีไขมันมาก เครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง นมสด งดผักและผลไม้จนกว่าอาการจะหายดี

2.9 หากมีอาการรุนแรง คือ อาการปวดท้องรุนแรง ถ่ายเหลวรุนแรง (อุจจาระเป็นน้ำครั้งละมาก ๆ ถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด) อาเจียนรุนแรง (ดื่มน้ำตาลเกลือแร่หรือน้ำข้าวต้มไม่ได้) มีอาการหน้ามืด ปากแห้ง คอแห้ง ตาโบ๋ แขนขาอ่อนแรง ปัสสาวะออกน้อย อาการไม่ทุเลาใน 48 ชั่วโมงควรรีบไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

สรุป

อาหารเป็นพิษ คือ โรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย พืชหรือสัตว์ที่มีพิษ อาการที่พบคือ ปวดบิดท้อง อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำ การดูแลรักษาเน้นการรับประทานน้ำตาลเกลือแร่ ห้ามรับประทานยาหยุดถ่ายอย่างเด็ดขาด และหากมีอาการรุนแรงขึ้นให้รีบไปโรงพยาบาลทันที หลักการ

ป้องกันการปนเปื้อนอาหารที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ผู้ประกอบอาหารในการปรุงอาหาร การเก็บอาหาร และพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธาณสุข. **แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2546.

กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันโรคที่ 4 ราชบุรี. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557. <http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/title%2019/title%2019.pdf.>, 2557.

กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ. Food poisoning. <http://www.boe.moph.go.th/fact/Food_Poisoning.html.>, 2561.

จุรีภรณ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งเป็นพิษ: เชื้อโรคที่ทำให้เกิดอาหารเป็นพิษ. <http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_toxic/a_tx_1_001c.asp?info_id=69>, 2561.

โรงพยาบาลราชิวิถี. อาหารเป็นพิษ. <http://www.rajavithi.go.th/rj/?p=3728>, 2560.

วราภรณ์ บุญเชียง และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: พิมพ์นานา 23, 2555.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน.** กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2551.

Centers for Disease Control and Prevention. Be Food Safe: Protect Yourself from Food poisoning. <https://www.cdc./ gov/features/befoodsafe/index.html>

World Health Organization [WHO]. Foodborne Disease Outbreaks: guidelines for investigation and control. <http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/outbreak_guidelines.pdf.> , 2008.

โรคตับอักเสบจากไวรัส

อ.ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรคตับอักเสบจากไวรัส เป็นภาวะที่ตับมีการอักเสบติดเชื้อจากไวรัสตับอักเสบ 1 ใน 5 ชนิด ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบเอ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี ไวรัสตับอักเสบดี หรือไวรัสตับอักเสบอี

พยาธิสรีรวิทยา

ตับอักเสบจากเชื้อไวรัสไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม มักก่อให้เกิดพยาธิสภาพกับตับที่ไม่แตกต่างกัน โดยทำให้เกิดการอักเสบเฉียบพลันทั่วไปในตับ เซลล์ตับจะตายเนื่องจากมีเม็ดเลือดขาวแทรกซึม โดยความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อไวรัสที่ได้รับ พยาธิสภาพของตับก่อนเกิดการติดเชื้อ และปริมาณของเซลล์ตับที่ถูกทำลาย

อาการและอาการแสดง จะขึ้นอยู่กับระยะการอักเสบของตับจากไวรัส โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **การอักเสบเฉียบพลัน** แบ่งได้เป็น 3 ระยะ[1] ได้แก่

1.1 ระยะก่อนตัวเหลือง ตาเหลือง เกิดขึ้นหลังการสัมผัสเชื้อ 2 สัปดาห์ และมีอาการคงอยู่ประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ค่อยสบายคล้ายเป็นหวัด ปวดหัว เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำ ๆ อาจรู้สึกแน่นหรือปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูกหรือท้องเสีย

1.2 ระยะตัวเหลือง ตาเหลือง เกิดขึ้นภายใน 5-10 วันหลังระยะก่อนตัวตาเหลือง และเป็นอยู่ประมาณ 2-6 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการต่อเนื่องจากระยะก่อนตัวเหลือง ร่วมกับมีปัสสาวะสีเข้มและอุจจาระสีอ่อน ตัว-ตาเหลือง

1.3 ระยะตัวเหลืองตาเหลืองลดลง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการดีขึ้น แต่อาจจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่ ใช้เวลาประมาณ 2-6 สัปดาห์ เป็นระยะพักฟื้นจากโรคซึ่งจะขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่ทำให้เกิดตับอักเสบ

2. **การอักเสบเรื้อรัง** จะสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสในร่างกายได้นานมากกว่า 6 เดือน โดยเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดการอักเสบของตับแบบเรื้อรัง ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัส

---

[1] Williams L. S. & Hopper P. D., **Understanding medical surgical nursing. 4th ed.** (Philadelphia: F.A. Davis, 2011), p. 779-808.

ตับอักเสบซี ไวรัสตับอักเสบดี และไวรัสตับอักเสบอี โดยผู้ป่วยอาจมีอาการนำของตับอักเสบเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ก็ได้

ไวรัสตับอักเสบเอ

ติดต่อจากการรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ หรือรับประทานอาหารพวกหอยกาบหรือหอยนางรมที่ไม่สุก ระยะฟักตัวของเชื้อ ประมาณ 15-50 วัน โดยเฉลี่ย 30 วัน

อาการและอาการแสดง ไวรัสตับอักเสบเอก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายน้อยมาก โดยเป็นอาการที่พบได้เช่นเดียวกับในผู้ที่มีภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่ อ่อนเพลีย อาจพบตัว-ตาเหลืองได้แต่เป็นในระยะเวลาไม่นานนัก จากนั้นก็จะกลับเป็นปกติ ผู้ที่สัมผัสเชื้อเมื่อหายแล้วจะมีภูมิต้านทานต่อเชื้อ

การรักษา ไม่มีการรักษาเฉพาะเจาะจง แต่จะเป็นการรักษาตามอาการ ร่วมกับหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ยา หรือสิ่งอื่นใดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตับ

การปฏิบัติตัว ไวรัสตับอักเสบเอไม่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วผู้ที่ได้รับเชื้อจะมีภูมิคุ้มกัน ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อซ้ำ แต่ในขณะที่มีการติดเชื้อ ควรรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยการล้างมือให้สะอาดหลังใช้ห้องน้ำ รวมถึงก่อนและหลังการปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร

การป้องกัน โดยการรักษาสุขอนามัยและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อในอาหารและน้ำดื่ม ล้างมือให้สะอาด รับประทานอาหารที่สะอาดปรุงสุกใหม่ ๆ สำหรับการให้ภูมิคุ้มกันนั้น การฉีดวัคซีนจะสามารถป้องกันการติดเชื้อได้มากกว่า 95%

ไวรัสตับอักเสบบี

สามารถติดต่อได้หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ 1) การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่มีการปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2) มารดาสู่ทารก ทั้งในระยะคลอดหรือหลังคลอด และ 3) การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระยะฟักตัวของเชื้อประมาณ 28-160 วัน เฉลี่ย 70-80 วัน

อาการและอาการแสดง จะรุนแรงกว่าตับอักเสบชนิดอื่น ๆ ก่อให้เกิดตับอักเสบอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง และเป็นพาหะในการนำเชื้อ บางรายอาจมีไข้ เป็นผื่นคล้ายลมพิษ ร่วมกับปวดข้อ โดยทั่วไป ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสามารถหายขาด แต่ร้อยละ

10 กลายเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี โดยพาหะเหล่านี้มีโอกาสที่จะกลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับวาย หรือมะเร็งของตับได้

การรักษา[7] ในผู้ที่เป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบี มีปริมาณดีเอ็นเอของไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 หน่วยสากล/มล. พบระดับเอแอลทีในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติอย่างน้อย 2 ครั้งภายในเวลามากกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีพังผืดในตับปานกลางหรือมาก หรือมีโรคตับแข็ง ได้แก่ การรักษาด้วยอินเตอร์เฟอรอนแอลฟา การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น ลามิวูดีน อะดีโฟเวียร์ ไดโซพรอกซิล เอนเทคคาเวียร์ ทีโนโฟเวียร์

ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ 1) เพศชายอายุมากกว่า 40 ปี 2) เพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี 3) มีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว หรือ 4) เป็นโรคตับแข็ง ควรได้รับการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งตับ โดยการเข้ารับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) ของตับ ร่วมกับการตรวจระดับอัลฟ่าฟีโตโปรตีนในเลือด (serum alpha fetoprotein [AFP]) ทุก 6-12 เดือน

ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอหรือไม่มีภูมิต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบเอมาก่อน โดยเฉพาะในผู้ที่มีตับแข็ง ควรได้รับคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบเอ

การปฏิบัติตัวของผู้ที่มีภาวะตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบี

1. ไม่ซื้อยามารับประทานเอง งดรับประทานยาที่เป็นอันตรายต่อตับ เช่น ยาลดไข้และยาแก้ปวดพาราเซตามอล สมุนไพร
2. ไม่ใช้แปรงสีฟันและของมีคมร่วมกับผู้อื่น ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หากใช้ยาเสพติด ให้หยุดการใช้ยาเสพติด
3. ไม่บริจาคเลือด อวัยวะ หรือน้ำอสุจิ เมื่อรับการรักษาพยาบาล เช่น การผ่าตัด การทำฟันควรแจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ทราบ
4. หากยังไม่มีภูมิคุ้มกัน หรือไม่เคยสัมผัสเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบเอ
5. สังเกตอาการผิดปกติ หากมีตัวตาเหลือง อึดอัดแน่นท้อง ท้องโต ท้องมานน้ำ บวมกดบุ๋ม อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด มีจุดจ้ำเลือดออกผิดปกติ ให้รีบไปพบแพทย์
6. มาตรวจตามนัดทุก ทุก 3-6 เดือน

การป้องกัน การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ไวรัสตับอักเสบซี

ไวรัสตับอักเสบซี มีระยะฟักตัวประมาณ 15-160 วัน เฉลี่ย 35 วัน โดยวิธีการติดต่อของไวรัสตับอักเสบซีส่วนใหญ่จะมาจากการรับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีการปนเปื้อนเชื้อ การใช้เข็มที่มีการปนเปื้อนเชื้อร่วมกัน หรือจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อ

อาการ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ หรืออาจมาด้วยอาการตัว-ตาเหลือง เอนไซม์เอแอลที (ALT) สูงเล็กน้อย ซึ่งประมาณร้อยละ 40–60 ของผู้ที่ได้รับเชื้อจะกลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ร้อยละ 10–20 มีโอกาสพัฒนาเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับ

การรักษา เพลิเลต อินเตอร์เฟอรอน แอลฟา-ทูบี ร่วมกับ ร่วมกับ ไรบาไวรินนาน 48 สัปดาห์

การปฏิบัติตัวของผู้ที่มีภาวะตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบซี

1. การดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ หางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ช่วยให้ทำจิตใจผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ความเครียด ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน ยกเว้นการออกกำลังกายชนิดที่ต้องหักโหมหรือการทำงานหนัก พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันอาการอ่อนเพลีย

2. รับประทานอาหารให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารทอด อาหารที่มีไขมันสูง ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด หากมีอาการบวม ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงกว่า 1500 มิลลิกรัม/วัน โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผงชูรส อาหารหมักดอง อาหารกระป๋องหรืออาหารสำเร็จรูป หลีกเลี่ยงการเติมซอส ซีอิ้ว หรือน้ำปลาเพิ่มในอาหาร

3. ไม่ซื้อยามารับประทานเอง งดรับประทานยาที่เป็นอันตรายต่อตับ เช่น ยาลดไข้และยาแก้ปวดพาราเซตามอล สมุนไพร

4. ไม่ใช้แปรงสีฟันและของมีคมร่วมกับผู้อื่น ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หากใช้ยาเสพติด ให้หยุดการใช้ยาเสพติด

5. ไม่บริจาคเลือด อวัยวะ หรือน้ำอสุจิ เมื่อรับการรักษาพยาบาล เช่น การผ่าตัด การทำฟันควรแจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ทราบ

6. หากยังไม่มีภูมิคุ้มกัน หรือไม่เคยสัมผัสเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ และ บี ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบเอ บี เพื่อป้องกันการทำลายของตับ

7. สังเกตอาการผิดปกติ หากมีตัวตาเหลือง อึดอัดแน่นท้อง ท้องโต ท้องมานน้ำ บวมกดบุ๋ม อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด มีจุดจ้ำเลือดออกผิดปกติ ให้รีบไปพบแพทย์

8. มาตรวจตามนัดทุก ทุก 3-6 เดือน

การป้องกัน หลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด ห้ามใช้ของมีคม ของใช้ส่วนบุคคลร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ เข็มฉีดยา มีดโกนหนวด แปรงสีฟัน อุปกรณ์ในการสักผิวหนัง และมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

ไวรัสตับอักเสบดี

ไวรัสตับอักเสบดี หรือ เดลต้า เป็นไวรัสที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้เอง ต้องมีไวรัสตับอักเสบบีอยู่ด้วยเพื่อช่วยในการแบ่งตัว ทำให้มักพบการติดเชื้อในผู้ที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ก่อนแล้ว หรือเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยไวรัสตับอักเสบดีมีระยะฟักตัว 21-140 วัน เฉลี่ย 35 วัน และมีการติดต่อเช่นเดียวกับไวรัสตับอักเสบบี

อาการและอาการแสดง หากเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยจะมีอาการจะคล้ายกับอาการที่พบในผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากไวรัสบี แต่หากเป็นการติดเชื้อตามมาภายหลังจากที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการเฉียบพลัน รุนแรง อาจถึงขั้นตับวายไว้ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบดีจะทำให้เกิดภาวะตับอักเสบเรื้อรังได้บ่อยและเพิ่มอุบัติการณ์ของการเป็นโรคตับแข็ง

การป้องกัน ในขณะนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบดี การป้องกันที่ทำได้ในขณะนี้เป็นเพียงการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยการฉีดวัคซีน เมื่อป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบีได้ ก็จะสามารถป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบดีได้เช่นกัน

การรักษา ยังไม่มียาที่รักษาโดยตรง

ไวรัสตับอักเสบอี[2]

ติดต่อโดยการรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อจาก 1) การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ผ่านการปรุงให้สุกหากสัตว์ชนิดนั้นมีการติดเชื้อ 2) การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด 3) จากมารดาสู่ทารก นอกจากนั้นใน

[2] World Health Organization (WHO), “Hepatitis E: Key facts”, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e>, 19 September 2018.

พื้นที่ที่มีการระบาดของเชื้อ สามารถพบการติดเชื้อได้ในผู้ที่รับประทานหอยที่ไม่ผ่านการปรุงให้สุก

ไวรัสตับอักเสบอีมีระยะฟักตัว 2-10 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 3-4 สัปดาห์ภายหลังการได้รับเชื้อ

อาการ คล้ายตับอักเสบจากไวรัสเอ แต่รุนแรงน้อยกว่าและหายเร็วกว่า มักพบในเด็กวัยรุ่น ในเด็กเล็กพบได้น้อย ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการไข้ต่ำ ๆ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจพบอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คันตามผิวหนัง มีผื่น หรือปวดข้อ ตัว-ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด ในกรณีที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะมีภาวะตับวายเฉียบพลัน ทำให้พบอัตราการตายสูงโดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอด โดยยังไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต แต่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัญหาความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด อาจพบการมีเลือดออกผิดปกติร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตันในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีความผิดปกติของสมอง และตับวาย

การรักษา เป็นการรักษาตามอาการ

การป้องกัน โดยการการรักษาสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัยส่วนบุคคล รับประทานน้ำดื่มที่สะอาด ทานอาหารสะอาด ผ่านการปรุงให้สุก

ในขณะนี้วัคซีนสำหรับไวรัสตับอักเสบอีมีเฉพาะในประเทศจีนเท่านั้น ยังไม่ได้รับการรับรองในประเทศอื่น ๆ รวมถึงในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

Ignatavicius, D. N, & Workman, M.L., **Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care 7th ed.**, (United States of America: Elsevier, 2013), p. 1293-1314

Goldberg, E., & Chopra, S. **Acute liver failure in adults: Etiology, clinical manifestations, and diagnosis**. <http://www.uptodate. com.libproxy. lib. unc. edu/ contents/ acute-liver-failure-in-adults-etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search _result&search= liver+ failure&selected Title=2~150.>

Lewis S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper M. M. & Bucher L., **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems,** (Canada: Elsevier Mosby, 2014), p. 1006-1044.

Longo D. L., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Jameson J. L. & Loscalzo J., **Harrison's principle of internal medicine Vol. 1,** (New York: McGrawHill, 2012), p. 2537-2557.

Smeltzer S. C., Bare B. G., Hinkle J. L. & Cheever K. H., **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing 12th ed.** (Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins, 2010), p. 1116-1168.

Williams L. S. & Hopper P. D., **Understanding medical surgical nursing. 4th ed.,**. (Philadelphia: F.A. Davis, 2011), p. 779-808.

World Health Organization, Hepatitis E: Key facts. <http://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e> , 19 September, 2018

โรคผิวหนังที่พบได้บ่อย

อ.พญ.รุจิรา รุจิเวชพงศธร
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาการทางผิวหนังเป็นอาการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ แม้อาการทางผิวหนังอาจไม่ได้มีอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่ผื่นผิวหนังได้ส่งผลต่อภาพลักษณ์โดยรวมและบุคลิกภาพ นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดความรำคาญในการใช้ชีวิตประจำวันจากอาการเจ็บ ปวด หรืออาการคันได้ ในบทความนี้จะกล่าวถึงโรคผิวหนังที่พบได้บ่อย อันได้แก่

1. กลาก (Dermatophytosis)
2. เกลื้อน (Pityriasis versicolor, Tinea versicolor)
3. หิด (Scabies)
4. ผิวหนังอักเสบ (eczema)

กลาก (Dermatophytosis)

"กลาก" เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อราบริเวณผิวหนังชั้นนอกสุด รวมถึงเส้นผม ขน และเล็บ อาการแสดงของโรคกลากมีความแตกต่างตามอวัยวะต่าง ๆ ที่ติดเชื้อ รวมถึงความรุนแรงของการแสดงออกของโรคยังขึ้นกับชนิดของเชื้อและระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

เกิดจากการติดเชื้อรากลุ่ม Dermatophytes โดยคนสามารถติดเชื้อได้ 3 ทาง แบ่งตามแหล่งของเชื้อ ได้แก่

1. ติดจากคนสู่คน เช่น จากการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ผ้าเช็ดตัว อุปกรณ์ตัดเล็บ ร่วมกับผู้ติดเชื้อราบริเวณนั้น ๆ มาก่อน หรือการติดเชื้อจากการสัมผัสโดยตรงจากการแกะเกาบริเวณที่ติดเชื้อราจากที่หนึ่งไปติดต่อยังอีกที่หนึ่งในคนเดียวกัน

2. ติดจากสัตว์สู่คน เช่น จากการสัมผัสสุนัขหรือแมว

3. ติดจากดินสู่คน

นอกจากปัจจัยทางด้านเชื้อราที่ก่อโรคแล้ว ยังมีปัจจัยทางสภาวะแวดล้อม เช่น สภาพอากาศที่ร้อน ความอับชื้น รวมถึงปัจจัยทางภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล เหล่านี้ส่งผลต่อการก่อโรคของเชื้อกลากได้

อาการและอาการแสดง

โดยส่วนใหญ่อาการแสดงบริเวณผิวหนังมักพบผื่นลักษณะเป็นวง ขอบเขตชัดเจน มีสะเก็ดเป็นขุย ร่วมกับมีอาการคัน ผื่นสามารถขยายวงกว้างออกและบริเวณตรงกลางของผื่นดูจางลง หรืออาจขยายกลายเป็นลักษณะหลายวงซ้อนทับกันได้ ช่วงที่มีการอักเสบผื่นจะเป็นสีแดงและอาจมีตุ่มน้ำใส บางครั้งพบว่ามีตุ่มหนองหรือมีน้ำเหลืองร่วมด้วยได้ กลากพบได้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

- กลากบริเวณหนังศีรษะ หรือ “ชันนะตุ”
- กลากบริเวณใบหน้า
- กลากบริเวณลำตัว หรือ “ขี้กลากวงเดือน”
- กลากบริเวณขาหนีบ หรือ “สังคัง”
- กลากบริเวณมือ
- กลากบริเวณเท้า หรือ “ฮ่องกงฟุต” หรือ “น้ำกัดเท้า”
- กลากบริเวณเล็บ

ในบางรายอาจมีการติดเชื้อกลากได้หลายส่วนของร่างกาย เช่น การติดเชื้อบริเวณมือและเท้า เหล่านี้มักเกิดจากการแกะเกาทำให้เชื้อกลากติดจากบริเวณหนึ่งไปสู่อีกบริเวณหนึ่งได้

ภาพที่ 1: กลากบริเวณใบหน้า ลักษณะเป็นวงขอบเขตชัดเขน มีสะเก็ดขุย บริเวณตรงกลางสีซีดจาง

ภาพที่ 2: กลากบริเวณขาหนีบ หรือที่เรียกว่า “สังคัง” พบลักษณะเป็นวงหลายวงติดกัน ขอบเขตชัดเจน

ภาพที่ 3: กลากบริเวณหลังเท้า มีสะเก็ดขุยด้านบน ขอบเขตชัดเจน สังเกตว่ามีกลากของเล็บบริเวณนิ้วหัวแม่เท้าร่วมด้วย

การรักษา

การรักษาโรคกลาก มีทั้งการใช้ยาชนิดทาภายนอก และยาประเภทรับประทาน ยาฆ่าเชื้อราชนิดทาภายนอก เป็นการรักษามาตรฐานที่สามารถรักษาโรคกลากโดยส่วนใหญ่ได้ผลเป็นอย่างดี โดยควรทายาบริเวณผื่นรวมถึงบริเวณผิวหนังรอบผื่นที่เป็นผิวปกติห่างออกไป 1-2 ซม. วันละ 2 ครั้ง สำหรับยารับประทาน โดยส่วนใหญ่มักใช้กับโรคกลากบริเวณหนังศีรษะ มือและเล็บ รวมถึงหากเป็นกลากชนิดที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถทายาภายนอกได้

เนื่องจากโรคกลากมีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย และอาจต้องใช้การรักษาค่อนข้างยาวนานโดยเฉพาะกลากบริเวณเล็บที่มักต้องใช้ยาประเภทรับประทานและอาจใช้เวลารักษายาวนานถึง 6-12 เดือน จึงควรดูแลสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยังสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย

ข้อแนะนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคกลาก

1. รักษาสุขภาพและรักษาโรคประจำตัวให้หายจนกลับเป็นปกติอย่างต่อเนื่อง

2. รักษาความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ อาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันโดยเฉพาะบริเวณอับชื้น และเช็ดตัว มือ เท้า ให้แห้งทันทีที่อาบน้ำเสร็จ

3. เครื่องใช้ประจำตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า จีวร เครื่องใช้ประจำวัน ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอนและผ้าห่ม ให้หมั่นซักตากแดด และไม่ควรใช้ปะปนกับผู้อื่น

4. หมั่นนำที่นอน หมอน มุ้ง ออกตากแดด

5. ถุงมือ ถุงเท้า ควรถอดซักทุกครั้งหลังใช้ และไม่ควรใช้ผ้านุ่งห่มซ้ำกัน

6. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหรือการอยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนหรืออับชื้น

7. หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องแช่มือหรือเท้าในน้ำเป็นเวลานาน ๆ หรือบ่อยครั้ง หากมีความจำเป็นควรสวมถุงมือขณะทำงาน

8. หมั่นล้างมือและเช็ดให้แห้งทุกครั้งที่ต้องจับสิ่งสกปรกโดยเฉพาะรอยโรคหรือรอยกลาก

9. ควรล้างเท้าและเช็ดเท้ารวมถึงบริเวณง่ามนิ้วเท้าให้แห้ง โดยเฉพาะหลังจากการเดินด้วยเท้าเปล่า

10. ควรเลือกใช้รองเท้าที่โปร่งระบายอากาศได้ดี

11. ตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการใช้ใบมีดโกนหรืออุปกรณ์ทำเล็บร่วมกับผู้อื่น

เกลื้อน (Pityriasis versicolor)

“เกลื้อน” เป็นโรคของเชื้อราบริเวณผิวหนังชั้นตื้น เกิดจากเชื้อราที่พบได้ทั่วไปบนรูขุมขนของผิวหนังคนปกติ อุบัติการณ์ของโรคเกลื้อนพบได้บ่อยมากขึ้นในบริเวณที่มีสภาพอากาศร้อนชื้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

เกิดจากเชื้อราที่มีชื่อว่ามาลาสซีเซีย (*Malassezia spp.)* ซึ่งเป็นเชื้อราที่ชอบไขมันและใช้ไขมันเป็นส่วนหนึ่งในการเจริญเติบโต พบได้ทั่วไปบริเวณรูขุมขนของคนปกติ ซึ่งถ้าเชื้อมีการเจริญและเพิ่มปริมาณมากก็จะทำให้เกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ อันได้แก่ ภูมิอากาศอันร้อนชื้น สภาวะสุขอนามัย ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการได้ยากดภูมิคุ้มกัน และความไวต่อการติดเชื้อของแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เกิดโรคเกลื้อนขึ้น

อาการและอาการแสดง

จากชื่อโรค คำว่า “versicolor” แปลว่าหลากหลายสี ดังนั้น อาการแสดงของโรคที่พบได้ จึงมักจะเป็นจุดราบถึงนูนเล็กน้อย เป็นวงรีหรือวงกลมเล็ก ๆ ขอบเขตค่อนข้างชัดเจน มีหลากหลายสีได้ เช่น สีน้ำตาลอ่อน, สีขาว หรือสีชมพู แยกกันเป็นวงดวง แต่ก็สามารถขยายขนาดจนรวมกันเป็นปื้นกว้างได้ มีสะเก็ดขุยละเอียดอยู่ด้านบน สีของผื่นขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น สีผิวเดิมของผู้ป่วย ความรุนแรงของการอักเสบของรอยโรค เป็นต้น

เนื่องจากมาลาสซีเซียเป็นเชื้อราที่ชอบไขมัน ดังนั้นบริเวณที่พบผื่นได้บ่อยมักจะเป็นบริเวณที่มีต่อมไขมันอยู่ค่อนข้างมาก เช่น หน้าอกและหลังช่วงบน ผู้ที่เป็นเกลื้อนส่วนมากมักไม่มีอาการ ในบางรายอาจมีเพียงอาการคันเวลาที่มีเหงื่อออก โดยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เนื่องจากสังเกตเห็นผื่นที่มีลักษณะสีที่ผิดไปจากผิวหนังปกติ

ภาพที่ 4: เกลื้อนบริเวณลำตัว ลักษณะผื่นเป็นวงกลมหลายวงสีชมพู มีขุยละเอียด (เอื้อเฟื้อภาพโดย รศ.นพ.สิริ เชี่ยวชาญวิทย์ หน่วยวิชาโรคผิวหนังภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

ภาพที่ 5: แสดงลักษณะเกลื้อนเป็นวงกลมเล็ก ๆ ขอบเขตชัดเจน

(เอื้อเฟื้อภาพโดย รศ.นพ.สิริ เชี่ยวชาญวิทย์ หน่วยวิชาโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

การรักษา

การรักษาเกลื้อนมีทั้งการใช้ยารักษาเชื้อราชนิดทาภายนอก และมียาในรูปแบบรับประทาน โดยส่วนใหญ่นิยมใช้ยาทาภายนอก สำหรับยารับประทานมักจะใช้ในกรณีที่ผื่นเป็นบริเวณกว้างมาก หรือไม่ตอบสนองต่อยาทาภายนอก

หลังจากการรักษาแล้วอาจต้องใช้เวลานานเป็นเดือน สีผิวจึงจะกลับมาเป็นปกติได้ นอกจากนี้แล้วโรคเกลื้อนยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้บ่อย จึงควรรักษาความสะอาดของร่างกายและปฏิบัติตามข้อแนะนำเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ข้อแนะนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเกลื้อน

1. รักษาความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน หรือหลังจากการปฏิบัติกิจที่ต้องมีเหงื่อออกมาก และเช็ดตัวให้แห้งทันที
2. หมั่นซักเครื่องนุ่งห่ม รวมถึงเครื่องใช้ประจำวันและนำไปตากแดดเป็นประจำทุกวัน
3. ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับบริเวณผิวหนังที่มีรอยโรค และตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ
4. รักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น พักผ่อนให้เพียงพอ ทานอาหารให้ครบสัดส่วน 5 หมู่ หากมีการเจ็บป่วยใด ๆ ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อทำการรักษาให้หายแต่เนิ่น ๆ
5. หลีกเลี่ยงการทำงานหรือการอยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนอับชื้น หากไม่สามารถเลี่ยงได้ พิจารณาอาบน้ำฟอกสบู่ ไม่ปล่อยให้ร่างกายอับชื้นเป็นเวลานาน ๆ
6. ติดตามการรักษาและทายาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

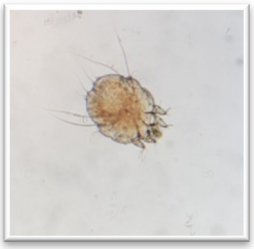
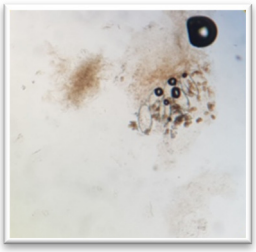
หิด (Scabies)

หิด เกิดจากไรชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นปรสิตที่อาศัยอยู่ได้บนผิวหนังของมนุษย์บริเวณชั้นขี้ไคล โรคหิดเป็นโรคที่ติดต่อกันจากคนสู่คน และสามารถติดต่อกันได้ง่ายทางการสัมผัส การระบาดของโรคหิดพบได้มากบริเวณที่มีการอยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่นหรือในที่ชุมชนแออัด

สาเหตุ

เกิดจากเชื้อไรที่มีชื่อว่าซาร์คอบติส สเคบิอาย วาร์ โฮมินิส *(Sarcoptes scabiei* var. *hominis)* หรือที่เรียกง่าย ๆ ว่าไรหิว ซึ่งเป็นไรที่มี 8 ขา ขนาดเล็กมากไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ ไรหิดจะเข้าสู่ผิวหนังและทำการเจาะบริเวณผิวหนังชั้นขี้

ไคลให้เป็นโพรงสำหรับการขยายพันธุ์และการวางไข่ ไข่ของไรหิดจะใช้เวลาประมาณ 10 วันในการเจริญเป็นตัวเต็มวัย ส่วนตัวเต็มวัยเมื่อฝังตัวอยู่ในผิวหนังชั้นขี้ไคลแล้วจะมีอายุประมาณ 30 วัน การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคหิดเป็นสาเหตุทำให้เชื้อหิดติดต่อสู่กัน ไรหิดสามารถติดอยู่กับเครื่องนุ่งห่ม ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม โดยเชื้อสามารถมีชีวิตอยู่นอกผิวหนังได้นานอีก 2-3 วัน เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกัน นอนในที่นอนหรือห่มผ้าห่มเดียวกันก็จะสามารถติดไรหิดจากกันได้

ภาพที่ 6: ภาพซ้ายมือแสดงลักษณะไรหิด สีน้ำตาลอ่อนมี 8 ขา
ภาพทางขวามือแสดงลักษณะของไข่หิดรวมถึงอุจจาระของไรหิด

อาการและอาการแสดง

ลักษณะที่พบได้บ่อยคือตุ่มแดง ตุ่มน้ำใสหรือตุ่มหนองเล็ก ๆ ซึ่งจะมีอาการคันมาก โดยอาการคันมักจะเด่นในช่วงกลางคืน บริเวณที่พบได้บ่อยได้แก่ ง่ามนิ้วมือ ข้อพับ รักแร้ สะดือ ก้น รวมถึงบริเวณอวัยวะเพศ นอกจากนี้อาจพบการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อนร่วมด้วยได้

ภาพที่ 7: รอยโรคลักษณะพิเศษของโรคหิดที่มีปริมาณไรหิดจำนวนมาก จะพบเป็นสะเก็ดหนาบริเวณมือและง่ามนิ้วมือ และสามารถผื่นได้ทั่วทั้งตัว

การรักษา

ในรายที่สงสัยโรคหิด แนะนำให้มาพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง โดยจะมียาที่ใช้ทาภายนอกชโลมตัวตามแพทย์สั่ง หรืออาจจะเป็นยาในรูปแบบรับประทาน ในปัจจุบันมียารักษาหิดหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดจะมีความเข้มข้นและวิธีการใช้รวมถึงระยะเวลาในการทายาที่แตกต่างกันดังนั้นจึงควรอ่านฉลากยาก่อนใช้และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังควรทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน รวมถึงของใช้ส่วนตัวเพื่อเป็นการทำลายเชื้อหิดที่ติดอยู่ร่วมด้วย

ข้อแนะนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคหิด

1. ควรทายาหรือทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

2. ในการทายาหรือชโลมผิวหนัง ควรสวมถุงมือหรือใช้อุปกรณ์ เช่น แปรงพู่กันช่วยทาหรือชโลมแทนการใช้มือเปล่า และควรล้างมือเมื่อเสร็จสิ้นการทายาแล้วทุกครั้ง

3. เครื่องใช้ส่วนตัว เช่น เครื่องนุ่งห่ม ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน เป็นต้น ควรนำไปต้มน้ำร้อนก่อนซักและนำไปผึ่งแดด รวมถึงทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัยอยู่เสมอ

4. แนะนำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้ชิดมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาร่วมด้วยเพื่อเป็นการกำจัดเชื้อหิดและขจัดถิ่นที่อยู่ของเชื้อ ช่วยในการป้องกันการติดต่อลุกลามและหยุดการระบาดของเชื้อได้

5. หากมีผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษา เช่น มีอาการระคายเคืองมาก ควรมาปรึกษาแพทย์เพื่อการแก้ไข

ผื่นผิวหนังอักเสบ (Eczema)

ผื่นผิวหนังอักเสบเป็นผื่นที่พบได้บ่อยที่สุดในบรรดาโรคผิวหนังของผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก อาการและอาการแสดงของโรคมีได้หลายรูปแบบ นอกจากนี้สาเหตุของการเกิดโรคนั้นก็มีได้หลากหลายทั้งจากปัจจัยภายในร่างกายเช่น ความผิดปกติของภูมิคุ้มกันของร่างกาย และปัจจัยภายนอกร่างกาย เช่น การสัมผัสกับสารระคายเคือง เป็นต้น

สาเหตุ

สามารถแบ่งสาเหตุการเกิดโรคได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

1. สาเหตุจากภายนอกร่างกาย (exogenous eczema) มักเกิดจากการสัมผัสกับสารระคายเคือง, สารที่ก่อให้เกิดการแพ้ หรือแม้กระทั่งรังสีจากแสงแดด เป็นต้น

2. สาเหตุจากภายในร่างกาย (endogenous eczema) เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกายส่งผลให้เกิดผื่นผิวหนังขึ้น ผื่นในกลุ่มนี้บางชนิดจะมีชื่อโรคตามลักษณะ

อาการที่จำเพาะกับโรค เช่น ผื่นผิวหนังอักเสบจากผิวแห้ง (Asteatotic eczema) เกลื้อนน้ำนม (Pityriasis alba) Seborrheic dermatitis เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

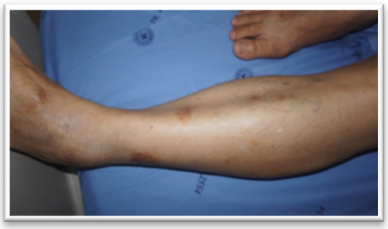
สามารถแบ่งอาการของโรคตามลักษณะของรอยโรคได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute eczema) ผื่นจะมีลักษณะบวมแดง พบลักษณะตุ่มน้ำพอง และมีน้ำเหลืองไหลซึมได้

2. ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute eczema) ผื่นจะมีลักษณะแดงน้อยกว่าระยะแรก เริ่มมีสะเก็ด น้ำเหลืองแห้ง

3. ระยะเรื้อรัง (Chronic eczema) ผิวหนังมีสีเข้มคล้ำ ผื่นจะนูนหนา เห็นลายเส้นและรอยย่นของผิวหนังชัดเจนขึ้น ผื่นมีสะเก็ดและขุยมากขึ้นกว่าสองระยะแรก

ภาพที่ 8: ผื่นผิวหนังอักเสบจากผิวแห้ง บริเวณขาพบลักษณะมีสะเก็ดแห้งขุย ผิวหนังแตกเป็นลายคล้ายผืนดินที่แห้งแล้ง



ภาพที่ 9: ผื่นผิวหนังอักเสบที่มีลักษณะเฉพาะตัวคือเป็นผื่นคัน รูปร่างกลมคล้ายเหรียญ (Nummular eczema) อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ และเรื้อรัง

ภาพที่ 10: ผื่นผิวหนังอักเสบที่มีลักษณะเฉพาะตัวชื่อว่า Seborrheic dermatitis ลักษณะเป็นผื่นแดงมีสะเก็ดขุยมันอยู่ด้านบน มักพบบริเวณที่มีต่อมไขมันปริมาณมาก เช่น ร่องแก้ม คิ้ว อกช่วงบน

ภาพที่ 11: ผื่นแพ้จากการสัมผัสโลหะ พบผื่นแดงคันบริเวณผิวหนังที่สัมผัสกับโลหะของหัวเข็มขัดเป็นประจำ

การรักษา

ควรเริ่มจากการหาสาเหตุของการเกิดโรค ผื่นผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการแพ้สารสัมผัสภายนอกร่างกาย การหลีกเลี่ยงในการสัมผัสสารที่เป็นต้นเหตุของอาการอักเสบนั้น ๆ จะช่วยลดอาการไม่ให้เป็นมากขึ้น รวมถึงป้องกันการกำเริบของผื่นได้ นอกจากนี้ยังมีการรักษาที่แบ่งตามระยะและความรุนแรงของโรค

การรักษาในระยะเฉียบพลัน หากผื่นมีลักษณะมีน้ำเหลืองซึม แนะนำให้ใช้น้ำยาซับแผลตามแพทย์แนะนำ หรืออาจทำแผลด้วยการประคบน้ำเกลือ หลังจากผื่นแห้งลงจึงทายาช่วยลดการอักเสบ เช่น ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ หากมีอาการคันมากสามารถทานยาแก้แพ้เพื่อช่วยลดอาการคันลงได้

การรักษาในระยะกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง มักใช้ยาทาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์, รักษาอาการผิวหนังแห้งด้วยการทาผลิตภัณฑ์ที่ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง, หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อระคายเคืองต่าง ๆ นอกจากนี้หากอาการยังเป็นมากอยู่แม้ได้ทายาแล้ว อาจมีการรักษาอื่น ๆ เช่น การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน การฉายแสง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หากผื่นเป็นมาก ใช้ยาทาแล้วไม่ดีขึ้น ไม่แนะนำให้ซื้อยามาทานเอง ควรมาพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติมและการรักษาที่ถูกต้องต่อไป

ข้อแนะนำสำหรับผู้เป็นผื่นผิวหนังอักเสบ

สำหรับผู้ที่ผิวหนังอักเสบเฉียบพลัน

1. ควรประคบผื่นด้วยน้ำยาที่แพทย์แนะนำให้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และปิดบริเวณรอยโรคด้วยผ้าก๊อซที่สะอาดทุกครั้งหลังประคบทำความสะอาดแผลเสร็จ และหยุดประคบเมื่อแผลแห้งดีแล้ว

2. ไม่ควรทายาอื่นใดจนกว่าผื่นอักเสบจะแห้ง หลังจากนั้นจึงทายาที่แพทย์แนะนำ

3. ไม่ควรแคะ แกะ หรือเกาบริเวณผื่น รวมถึงผิวหนังข้างเคียง

4. ควรตัดเล็บให้สั้นและล้างมือก่อนการประคบทำความสะอาดแผลทุกครั้ง

5. หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความระคายเคือง

สำหรับผู้ที่ผิวหนังอักเสบเรื้อรัง

1. ควรทายาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิว

2. หลีกเลี่ยงการแคะ แกะหรือเกาบริเวณผื่น ตัดเล็บให้สั้น

3. หลีกเลี่ยงการขัด ฟอก ถู ทำความสะอาดผิวและล้างมือบ่อยจนเกินไป

4. หมั่นสำรวจตัวเองและหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใช้สารที่เป็นต้นเหตุทำให้ผิวหนังอักเสบ

เอกสารอ้างอิง

Bolognia JL, Schaffer JV, Duncan KO, Ko CJ. **Dermatology essentials.** New York: Elsevier Inc., 2014.

Chosidow O. Clinical practices. Scabies. **N Engl J Med**. Vol.354 No.16 (Apirl 2006): 1718-1727.

Hay R. “Superficial Fungal Infections”, **Medicine.** Vol.37 No.11 (November 2009): 610-612.

Mendez-Tovar LJ. “Pathogenesis of dermatophytosis and tinea versicolor”, **Clinics in Dermatology**. Vol.28 No.2 (March 2010): 185-189.

Millikan LE. “Current concept in systemic and topical therapy for superficial mycoses”, **Clinics in Dermatology.** Vol.28 No.2 (March 2010): 212-216.

Moriarty B, Hay R, Morris-Jones R. “The diagnosis and management of tinea”, **BMJ**. (10 June 2012).

Weston WL, Howe W. “Overviews of dermatitis (eczema),” <https: / / www. uptodate. com/ contents/ overview-of-dermatitis-eczema>, 2018.

หลักการใช้ยาสำหรับพระสงฆ์

ผศ.ดร.ภญ.ภูริดา เวียนทอง
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เมื่อภิกษุอาพาธ สิ่งสำคัญที่นำมาใช้เพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วย คือ ยา ซึ่งตามพระวินัยฯ อนุญาตให้ภิกษุฉันเภสัชหรือยาได้ตามสมควรแก่โรคและความต้องการที่จำเป็น ซึ่งโดยทั่วไปการใช้ยาในพระสงฆ์จะมีทั้งการใช้ยาเพื่อรักษาอาการอาพาธทั่วไป เช่น อาการไข้ หวัด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ท้องเสีย รักษาบาดแผล ฯลฯ ซึ่งหากหายจากอาการก็ให้หยุดยาได้ และการใช้ยาเพื่อรักษาโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ฯลฯ ที่จำเป็นต้องฉันยาและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ยานับเป็นคุณแก่ร่างกายถ้าใช้อย่างถูกต้อง แต่ก็ให้โทษหรือเกิดอันตรายได้หากใช้ยาไม่ถูกต้อง พระสงฆ์จึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และเข้าใจการใช้ยา เพื่อจะได้ใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัยต่อสุขภาพ

หลักสำคัญในการใช้ยาอย่างถูกต้อง

พระภิกษุสงฆ์อาจได้รับยาจากหลายแหล่ง เช่น จากโรงพยาบาล จากร้านขายยา หรือจากญาติโยมที่นำมาถวาย ปัจจุบันยาจะมีฉลากที่ระบุสรรพคุณ วิธีใช้ และข้อควรระวังของยา ภิกษุพึงอ่านฉลากยาให้ละเอียดถี่ถ้วน และปฏิบัติตามฉลากที่ระบุไว้ เพื่อให้สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ในการใช้ยาอย่างถูกต้อง จะหมายถึงความถูกต้อง 5 ประการ ได้แก่ ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกทางหรือถูกวิธี และถูกเวลา (5R, five rights)

1. ใช้ยาให้ถูกคน (Right patient) หากรับยามาจากโรงพยาบาล บนซองยาจะระบุชื่อผู้ใช้ยาไว้เสมอ ซึ่งเป็นการจ่ายยาให้เฉพาะบุคคล ไม่ควรนำยาของบุคคลหนึ่งไปให้บุคคลอื่นใช้ แม้จะเป็นโรคเดียวกัน เนื่องจากแต่ละคนอาจมีสาเหตุของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ความรุนแรงของโรคไม่เท่ากัน สภาวะพื้นฐานร่างกายของแต่ละคนก็แตกต่างกัน จึงอาจใช้ยาในการรักษาที่ต่างกัน การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงในคนที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยก็มีความแตกต่างกันกับคนที่เป็นความดันโลหิตสูงแต่ไม่เป็นโรคเบาหวาน การนำยาของบุคคลอื่นมาใช้อาจไม่หาย ทั้งยังมีโอกาสแพ้ยาหรือเกิดปฏิกิริยากับยาที่ได้รับอยู่ได้ กรณีที่เป็นยาหยอดตา หากใช้ยาหยอดตาหลอดเดียวร่วมกันหลายคนจะทำให้เกิดการปนเปื้อนและเป็นอันตรายต่อดวงตาได้

2. ใช้ยาให้ถูกโรค (Right drug) ยาแต่ละตัวมีสรรพคุณและวัตถุประสงค์การใช้ต่างกัน ยาพาราเซตามอลมีสรรพคุณในการลดไข้และบรรเทาอาการปวด หากผู้ที่มี

อาการไข้รับประทานยานี้ก็จะช่วยลดไข้ได้ ยาธาตุน้ำแดงเป็นยาที่มีสรรพคุณรักษาอาการท้องอืดเฟ้อ หากนำไปรับประทานเพื่อรักษาท้องเสียก็จะไม่หายจากอาการท้องเสีย ยาเม็ดบางอย่างมีตัวยา 3 ชนิดรักษาอาการไข้ร่วมกับอาการหวัดที่มีน้ำมูกและอาการคัดจมูก หากคนที่มีเพียงอาการไข้อย่างเดียวโดยไม่มีอาการหวัดรับประทานยานี้ ก็จะได้รับยาเกินความจำเป็นและอาจเกิดผลข้างเคียงต่อร่างกายได้

3. ใช้ยาให้ถูกขนาด (Right dose) ควรอ่านฉลากยาว่าแนะนำให้ฉันยาครั้งละเท่าใด กี่เม็ด หรือกี่แคปซูล โดยปกติขนาดยาจะได้มาจากการศึกษาวิจัยว่าเป็นขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษาและให้ผลข้างเคียงต่ำ บางคนเข้าใจผิดคิดว่ายิ่งรับประทานยามากหรือใช้ยาบ่อย ๆ โรคจะหายเร็ว การใช้ยาเกินกว่าขนาดที่แนะนำมีโอกาสทำให้เกิดพิษจากยาได้มาก เช่น ยาแก้ปวดลดไข้พาราเซตามอลเม็ดละ 500 มิลลิกรัม คนที่น้ำหนักไม่เกิน 70 กิโลกรัมควรรับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง หากรับประทานยามากหรือบ่อยกว่านั้นจะทำให้ร่างกายได้ยามากเกินไปซึ่งอาจก่อให้เกิดพิษต่อตับได้มาก

สำหรับยาน้ำ ปริมาณยาน้ำ 1 ช้อนชา = 5 มิลลิลิตร (ซีซี) ส่วนยาน้ำ 1 ช้อนโต๊ะ = 15 มิลลิลิตร หรือ 3 ช้อนชา ควรตวงยาตามปริมาตรที่กำหนดด้วยช้อนตวงยา หรือถ้วยตวงที่ได้มาตรฐาน การใช้ช้อนที่ใช้รับประทานอาหารทั่วไปตวงยาอาจไม่ได้ปริมาตรที่ถูกต้อง ซึ่งทำให้รักษาไม่หาย หรืออาจได้ยาเกินขนาดไป

ยาน้ำที่ระบุว่าควรเขย่าขวดก่อนรินยา ผู้ใช้จำเป็นต้องเขย่าขวดเพื่อให้ตัวยากระจายทั่วถึงก่อนรินยา มิฉะนั้นจะได้ขนาดยาในแต่ละครั้งไม่เท่ากัน

4. ใช้ยาให้ถูกวิธี (Right route) ควรอ่านฉลากยาและศึกษาวิธีการใช้ยาอย่างละเอียดทุกครั้งเช่น ยาให้ทางการรับประทาน ยาบางชนิดต้องเคี้ยวก่อนกลืน หรือยาใช้ภายนอกเช่น ยาทาผิวหนัง ยาหยอดตา ยาป้ายตา ไม่ควรนำมารับประทาน

การใช้ยาหยอดตาและยาป้ายตา มีวิธีการดังนี้

<u>วิธีใช้ยาหยอดตา</u>

1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง
2. นอนหรือนั่งแหงนหน้ามองด้านบน ใช้มือดึงหนังตาล่างลงมาให้เป็นกระพุ้ง
3. หยอดตา 1-2 หยด ระวังอย่าให้ปลายหลอดแตะกับตาหรือเปลือกตา
4. หลับตา กลอกตาไปมาประมาณ 1-2 นาที
5. หากต้องหยอดตาหลายชนิด ให้เว้นระยะประมาณ 5 นาที

6. หลังจากเปิดใช้ยา เก็บไว้ใช้ได้ไม่เกิน 1 เดือน หลังจากนั้นให้ทิ้งไป

<u>วิธีใช้ยาป้ายตา</u>

1. ล้างมือให้สะอาด
2. นอนหรือนั่งแหงนหน้ามองด้านบน ใช้มือดึงหนังตาล่างลงมาให้เป็นกระพุ้ง
3. บีบยาลงในกระพุ้งตา ระวังอย่าให้ปลายหลอดแตะกับตาหรือเปลือกตา
4. กระพริบตาเบาๆ ประมาณ 1-2 นาที หรือหลับตาแล้วใช้นิ้วมือคลึงเบาๆ ที่เปลือกตา
5. หากจำเป็นต้องใช้ยาป้ายตาร่วมกับยาหยอดตา ให้ใช้ยาหยอดตาก่อนยาป้ายตาประมาณ 5 นาที

5. ใช้ยาให้ถูกเวลา (Right time) โดยทั่วไปฉลากยาจะมีข้อมูลระบุว่าให้ใช้เวลาใดบ้าง ต้องฉันก่อนอาหารหรือหลังอาหาร หรือใช้เฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น

ยาก่อนอาหาร โดยปกติหมายความว่า ให้ฉันยาก่อนอาหารประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง

ยาที่มักให้ฉันยาก่อนอาหาร เช่น

– ยาที่ถูกทำลายด้วยกรดในกระเพาะ เช่น กลุ่มยาปฏิชีวนะเพนนิซิลิน คล็อกซาซิลลิน ยากลุ่มนี้แนะนำให้รับประทานขณะท้องว่าง หรือยังไม่ได้รับประทานอาหาร

– ยารักษาเบาหวานบางชนิด ต้องฉันก่อนอาหาร เพื่อให้ยาดูดซึมและออกฤทธิ์ทันเวลารับประทานอาหาร (ไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูง)

– ยาลดการคลื่นไส้อาเจียน

ยาหลังอาหาร โดยทั่วไปคือฉันยาหลังอาหาร สามารถฉันหลังอาหารได้ทันทีหรือประมาณ 15 นาทีหลังอาหาร มักเป็นยาทั่วไป หรืออาจเป็นยาที่ดูดซึมได้ดีขึ้นเมื่อมีอาหารในกระเพาะ หรือเป็นยาที่มีผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้ซึ่งการรับประทานหลังอาหารจะช่วยลดอาการคลื่นไส้จากยาได้

ยาหลังอาหารทันที ยาที่แนะนำให้ฉันหลังอาหารทันทีมักเป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร ถ้าฉันตอนท้องว่าง อาจทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล ปวดท้องและแสบท้อง จึงแนะนำให้ฉันยาหลังอาหารทันทีและควรดื่ม

น้ำตามมากๆ ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ยาแก้ปวดลดอักเสบที่ไม่ใช่สเตรอยด์ (ยาเอ็นเสด; NSAIDs) เช่น ยาแอสไพริน ยาไอบูโพรเฟน

ยาก่อนนอน คือยาที่ให้ฉันก่อนนอนตอนกลางคืนวันละ 1 ครั้ง

ทำอย่างไรถ้าลืมฉันยา

โดยทั่วไปหากลืมฉันยาให้ฉันทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้เมื่อใกล้ถึงเวลาฉันยามื้อถัดไป ให้ข้ามไปมื้อถัดไปได้เลย ไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า

ยาบางอย่างมีอันตรายสูง เช่น ยากันชัก ยาโรคหัวใจ การเพิ่มยาเป็น 2 เท่า อาจเกิดอันตรายต่อร่างกายได้มาก

ต้องทานยาต่อเนื่องจนหมด หรือทานแค่พอหาย?

ยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เมื่ออาการทุเลาลง สามารถหยุดยาได้ ยาที่สามารถหยุดยาได้เมื่อไม่มีอาการแล้ว เช่น ยาลดไข้ ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด ยาแก้คันที่ไม่ใช่ยาฆ่าเชื้อ

ยาที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่อง ได้แก่ ยารักษาเฉพาะโรคที่ใช้ควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ยาสำหรับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

ยาอีกประเภทหนึ่ง เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องช่วงเวลาหนึ่งเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เช่น ยาปฏิชีวนะต้องรับประทานจนครบ 7-10 วัน ยารักษาโรคกระเพาะต้องรับประทานต่อเนื่องประมาณ 2-8 สัปดาห์

การเก็บรักษายา

ยาที่ได้รับจากแพทย์ หรือยาที่ได้รับถวายจากญาติโยม ควรเก็บไว้อย่างเหมาะสมเพื่อรักษายาให้คงคุณภาพดีมีประสิทธิภาพในการรักษาได้จนถึงวันหมดอายุ

1. ควรเก็บยาให้อยู่ในตู้หรือกล่องให้เป็นสัดส่วน เก็บยารับประทานแยกจากยาใช้ภายนอก เพื่อป้องกันการใช้ยาไม่ถูกต้อง

2. หลีกเลี่ยง ความชื้น ความร้อนและแสงแดด ควรเก็บยาในที่เย็นและแห้ง เนื่องจากความชื้น ความร้อน และแสงแดด จะเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาการสลายของตัวยา ทำให้ยามีอายุสั้นลงจากวันหมดอายุที่ระบุไว้ จึงควรเก็บยาไว้ในที่ที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่จะแนะนำให้เก็บยาในที่มีอุณหภูมิไม่เกิน 25-30 องศาเซลเซียส หลีกเลี่ยงการเก็บยาในที่ร้อน

และบริเวณที่แดดส่องถึง หลีกเลี่ยงการเก็บยาในที่ชื้น เช่นในห้องน้ำหรือในตู้เย็น ยกเว้นยาบางชนิดที่ระบุให้เก็บไว้ในที่อุณหภูมิ 4-8 องศา เช่น ยาหยอดตาบางชนิด ซึ่งต้องเก็บในตู้เย็นในช่องธรรมดา ห้ามเก็บยาในช่องแช่แข็ง

3. ควรเก็บยาในซองหรือแผงเดิมที่มีฉลากระบุข้อมูลชื่อยา ความแรง สรรพคุณ วิธีใช้ และวันหมดอายุ ไม่ควรเก็บยาหลายชนิดไว้ในซองเดียวกัน เพราะอาจทำให้เกิดความสับสนและใช้ยาผิดได้

4. หมั่นตรวจดูยาที่เก็บไว้และทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ หากยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพควรทิ้งไป

วันหมดอายุของยา

กฎหมายไทยกำหนดให้บริษัทผู้ผลิตระบุวันหมดอายุของยาลงบนภาชนะบรรจุยา แผงยา หรือฉลากยา เพื่อแสดงว่าเมื่อเก็บรักษายาไว้อย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดระยะเวลา และยังไม่มีการเปิดใช้ยาดังกล่าวยาจะยังคงคุณภาพตามมาตรฐานจนถึงวันหมดอายุ ซึ่งหลังจากวันหมดอายุที่ผู้ผลิตระบุ ยาอาจมีการสลายตัว ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง หรือไม่คงสภาพดังเดิมอาจมีสีและกลิ่นเปลี่ยนแปลง หรืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ใช้ยาได้

การดูวันหมดอายุของยา ให้สังเกตจากตัวอักษรคำว่า “วันหมดอายุ” หรือ “Exp. date” (ย่อมาจาก Expiration date) หรือ “Used before” เช่น

Exp date 15/11/2021 หมายความว่า ยาหมดอายุวันที่ 15 เดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2563)

กรณีที่ระบุเพียงเดือนและปีที่หมดอายุ ให้หมายความว่ายาหมดอายุวันสุดท้ายของเดือนนั้น เช่น

Used before Nov 2021 หมายความว่า ยาหมดอายุวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2563)

จะทราบได้อย่างไรว่ายาเสื่อมคุณภาพ

แม้จะยังไม่ถึงวันหมดอายุ ยาบางอย่างก็อาจเกิดการสลายตัวหรือไม่คงสภาพเดิม โดยเฉพาะถ้ามีการเก็บรักษายาอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ยาได้รับความร้อน ความชื้น แสงแดด หรือบรรจุภัณฑ์ฉีกขาดเสียหาย ยาก็อาจเสื่อมคุณภาพได้ ยาที่เสื่อมคุณภาพสามารถสังเกตได้จากลักษณะภายนอก เช่น

- ยาครีมเกิดการแยกชั้นเป็นน้ำใสๆ
- ยาเม็ดมีสีหรือกลิ่นเปลี่ยนไป มีรอยด่าง รอยร้าว รอยบิ่น

- ยาแคปซูลมีการพองหรือหลอมติดกัน
- ยาผงเกิดการจับตัวเป็นก้อน
- ยาน้ำเปลี่ยนสี เกิดผลึกตะกอนหรือแยกชั้น

พระสงฆ์จึงควรตรวจสอบลักษณะของยาที่จะใช้หากพบสภาพดังกล่าวควรทิ้งยาไป ไม่ควรนำยามาใช้ต่อ

นอกจากนั้น กรณียาที่มีการเปิดใช้แล้วหรือมีการเปลี่ยนถ่ายบรรจุภัณฑ์ ยาได้สัมผัสถูกอากาศภายนอก ซึ่งมีทั้งความชื้นและความร้อน จะทำให้ยาเกิดการเสื่อมสภาพได้ จึงมีการกำหนดอายุของยาให้สั้นลงจากเดิม ซึ่งหากเกินกำหนดเวลานี้ แม้จะยังไม่เห็นการเสื่อมสภาพภายนอก ก็ไม่ควรเก็บยาไว้ ควรทิ้งยาไป ตัวอย่างเช่น

- ยาหยอดตาและยาป้ายตาที่มีสารกันเสีย หลังเปิดใช้แล้วจะมีอายุไม่เกิน 1 เดือน หากใช้ไม่หมดก็ไม่ควรนำมาใช้ต่อ เพราะอาจทำให้ตามีการติดเชื้อได้ ส่วนยาหยอดตาชนิดที่ไม่มีสารกันเสีย จะอยู่ได้เพียง 12-24 ชั่วโมงเท่านั้น
- ยาน้ำทั่วไปที่เปิดใช้แล้ว จะมีอายุยา 6 เดือน กรณีเป็นยาน้ำเชื่อมสำหรับรับประทาน หลังเปิดใช้จะมีอายุเพียง 1 เดือน
- ยาเม็ดทั่วไป ถ้ามีการแบ่งออกจากขวด จะมีอายุไม่เกิน 1 ปี

ทั้งนี้วันหมดอายุของยาจะไม่เกินวันหมดอายุที่ระบุบนบรรจุภัณฑ์

การเขียนวันที่เปิดใช้และวันหมดอายุหลังเปิดใช้ไว้บนบรรจุภัณฑ์ของยา จะช่วยให้ง่ายต่อการตรวจสอบยาในภายหลัง

อาการไม่พึงประสงค์ การแพ้ยา และยาตีกันคืออะไร

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ได้จงใจให้เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นในขนาดการใช้ยาตามปกติในมนุษย์ โดยไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาด (over dose) หรือการจงใจใช้ยาในทางที่ผิด (abuse) จนเกิดอันตราย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อาจเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ อาการข้างเคียงของยา และการแพ้ยา

อาการข้างเคียงของยา (side effects) เป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดจากการออกฤทธิ์ของยาโดยปกติ พบได้บ่อยและสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ใช้ยาแทบทุกคน ตัวอย่างเช่น ยาแก้แพ้ลดน้ำมูกบางตัวทำให้ผู้ใช้ยาเกิดอาการง่วงนอน ซึม ปากแห้ง ยาบรรเทาอาการปวดและอักเสบของกล้ามเนื้ออาจระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้แสบ

ท้อง เป็นต้น อาการข้างเคียงเหล่านี้สามารถลดความรุนแรงหรือแก้ไขได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานยา และการปฏิบัติตัว ไม่จำเป็นต้องหยุดใช้ยาเสมอไป เช่น

- ยาแก้แพ้บางชนิดที่ทำให้ง่วงนอน หลังทานยาควรหลีกเลี่ยงการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล

- ยาบรรเทาอาการปวดและอักเสบของกล้ามเนื้อ อาจแก้ไขโดยรับประทานยาหลังอาหารทันที ห้ามทานตอนท้องว่าง และหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง เช่น คนที่เคยเป็นโรคกระเพาะ หรือคนที่อายุมากกว่า 60 ปี หากมีความจำเป็นต้องใช้ยา แพทย์บางท่านอาจให้รับประทานยาลดการหลั่งกรดร่วมด้วย หรือเลี่ยงไปใช้ยากลุ่มอื่นที่ผลข้างเคียงน้อยกว่าแทน

- ยาสำหรับภาวะความดันโลหิตสูง บางตัวอาจทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น อาจทำให้แร่ธาตุโปแตสเซียม ในร่างกายลดลง ซึ่งแพทย์จะแนะนำให้รับประทานผลไม้เช่น กล้วย ส้ม แตงโมเพิ่มเติมเพื่อเสริมโปแตสเซียม หรือบางคนใช้แล้วอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ แพทย์จะแนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ หลีกเลี่ยงการลุกนั่งหรือยืนเร็วเกินไป

- ยารักษาโรคเบาหวานซึ่งมีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด บางตัวอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำในบางโอกาส ทำให้เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก ผู้ป่วยจะต้องรับประทานน้ำหวานหรือลูกอม เพื่อบรรเทาอาการ

- ยาสเตียรอยด์ อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะ หน้าบวม ผิวบาง เป็นสิว กระดูกพรุน

อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อยาของผู้ที่ใช้ยาแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป บางคนตอบสนองต่อยามากก็อาจเกิดอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้มากและอาจรุนแรง เช่น บางคนใช้ยาแก้แพ้ลดน้ำมูกแก้คันบางตัวแล้วง่วงมากต้องนอนพักหลายชั่วโมง ขณะที่บางคนรับประทานยาแล้วง่วงไม่มาก ความแตกต่างกันในระหว่างบุคคล สภาวะร่างกาย หรืออาการที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ที่ใช้ยาบางกลุ่มอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไต หรือผู้ที่ใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน

การแพ้ยา (drug allergy or drug hypersensitivity) เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ที่ใช้ยาคนใดจะเกิดอาการเหล่านี้ขึ้น และพบได้ในผู้ที่ใช้ยาบางรายเท่านั้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากการที่ตัวยาไปกระตุ้นภูมิต้านทานของร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเป็นอาการแพ้ โดยอาการเหล่านี้มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป เช่น อาจเกิดเพียงอาการผื่นแดง คันที่ผิวหนัง ปากบวม

หรือหากรุนแรงมากอาจเกิดผิวลอกทั้งตัว หรือหลอดลมตีบ หอบ หายใจลำบาก ยาที่มักพบอาการแพ้ เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่มซัลฟา และยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนนิซิลลิน ยากันชัก เป็นต้น

ดังนั้นหลังจากที่ใช้ยาแล้วควรสังเกตอาการของตนเอง หากมีอาการผิดปกติหรือมีอาการดังกล่าวข้างต้น ต้องให้ความสำคัญและตระหนักว่าอาการเหล่านี้อาจเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากมีอาการรุนแรงก็ต้องรีบกลับไปแจ้งเภสัชกรหรือแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที และเมื่อผู้ป่วยแพ้ยาตัวใดแล้วก็มักจะเกิดการแพ้ซ้ำขึ้นได้ถ้าได้รับยาเดิมในครั้งต่อไป ผู้ที่แพ้ยาจึงควรจดจำชื่อยาที่ตนแพ้และแจ้งแก่แพทย์ให้ทราบทุกครั้ง เพื่อหลีกเลี่ยงการแพ้ยาซ้ำที่อาจเกิดขึ้นได้

การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug-Drug Interaction)

ปฏิกิริยาต่อกันของยาหรือ ยาตีกัน จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิดขึ้นไป หรือเป็นปฏิกิริยา ระหว่างยากับอาหาร หรือยากับโรค ตัวอย่างปฏิกิริยาต่อกันของยา ได้แก่

- ยาแก้ปวดไมเกรน ที่มีส่วนผสมของยาเออร์โกตามีน (ergotamine) เป็นยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว และช่วยลดอาการปวดศีรษะจากไมเกรนได้ แต่หากใช้ยานี้ร่วมกับยาต้านไวรัสหรือยาปฏิชีวนะบางชนิดจะเกิดปฏิกิริยาต่อกัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายไม่เพียงพอ จะมีอาการแขนขาเย็น ชา เจ็บแปลบตามปลายมือปลายเท้า หรืออาจมีแผลเนื้อเน่าจากการตายของเนื้อเยื่อได้

- ยาปฏิชีวนะบางชนิดกับนม แร่ธาตุแคลเซียมที่อยู่ในนมจะลดการดูดซึมของยาปฏิชีวนะกลุ่มเตตร้า ซัยคลิน ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง ต้องหลีกเลี่ยงการฉันนมร่วมกับยานี้ หรือรับประทานให้ห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

การได้รับยาในขนาดสูงเกิน (Drug overdose)

ยาจะมีประสิทธิภาพเมื่อใช้ในขนาดเหมาะสมในการรักษา แต่ถ้าใช้มากเกินขนาดอาจเกิดพิษหรือถึงแก่ชีวิตได้ การได้รับยาในขนาดสูงเกิน มีหลายสาเหตุ เช่น อ่านฉลากผิด เข้าใจผิด อันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเกินขนาดจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปริมาณยาที่ได้รับ ชนิดของยาที่ได้รับ สภาวะตับ ไตของผู้ที่ได้รับยา การได้รับยาหรือสารอื่นร่วม การอาเจียน ฯลฯ ตัวอย่างการได้รับยาเกินขนาด เช่น ยาพาราเซตามอล ขนาดยาปกติที่ใช้ในการแก้ปวดลดไข้คือครั้งละ 325-650 มก. หากรับประทานพาราเซตามอลขนาดเม็ดละ 500 มก.มากกว่าวันละ 8 เม็ด อาจทำให้ตับอักเสบได้ หรือรับประทาน 15 เม็ดในครั้งเดียว จะมีพิษทำลายตับ ไต ทำให้เลือดไม่แข็งตัว

ยาบางตัวเป็นยาที่มีประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดแต่มีอันตรายมากหากรับประทานเกินขนาด เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวอร์ฟาริน) หากรับประทานเกินขนาดเพียง 1-2 เม็ดต่อวันอาจเกิดอาการเลือดออกแล้วไหลไม่หยุด หรือเลือดออกใต้ผิวหนัง เป็นอันตรายได้

หลักการใช้ยาที่กล่าวมา เป็นความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อให้พระสงฆ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคแผนปัจจุบันมากขึ้น สามารถใช้ยาและเก็บรักษายาได้อย่างถูกต้อง เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาโรค เกิดความปลอดภัยและลดปัญหาจากการใช้ยาให้น้อยที่สุด

เอกสารอ้างอิง

กิติยศ ยศสมบัติ, นารัต เกษตรทัต. “การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา”, **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.** ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 (2553): 324-332.

โชติภณ สำเภานนท์. ณัฐวุฒิ สัตย์ซื่อ. อภิชาต แดงคำดี. **ความคิดเห็นและการจัดการกับชุดสังฆทานยาของพระสงฆ์ในวัดเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.** เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.

ธนกร ศิริสมุทร. การใช้ยาอย่างถูกต้อง คู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มีเดียเพรส, 2555. หน้า 155-160.

นัยนา สันติยานนท์. “ความคงตัวของเภสัชภัณฑ์และการเก็บรักษา”, **Thai Pharm Health Sci J.** Vol.3 No.1: (2008): 180-187.

พระมหาบุญเลิศ ฐานทินโน และคณะ. **อริยวินัย วิถีชีวิต ที่นำสู่ความเป็นอริยะ: ประมวลพระพุทธบัญญัติ รวบรวมจากพระไตรปิฎก.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: คิวพริ้นท์แมเนจเม้นท์, 2551.

เรวดี ธรรมอุปกรณ์, สาริณีย์ กฤติยานันต์. **ใช้ยา ต้องรู้.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

สมชาย สวัสดี. “ความคงสภาพและการกำหนดวันหมดอายุของยา” <http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=272.>, 31 มี.ค. 2560

สุขภาวะองค์รวมกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์

พระสุธีรัตนบัณฑิต รศ.ดร.
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

เกริ่นนำว่าด้วยสุขภาพองค์รวม

ในท่ามกลางกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ที่แพร่ขยายครอบคลุมไปทั่วโลกก็ได้เกิดแนวคิดใหม่ที่มีทัศนะต่อสรรพสิ่งอย่างกว้างขวางหลากหลายแทนที่ทัศนะอันเดิม โดยมองว่าสรรพสิ่งมีสายใยแห่งความสัมพันธ์ การเกื้อกูล ความเป็นเหตุปัจจัยแก่กันและกันของสรรพสิ่ง แทนที่การมองตนเองแยกส่วนจากสิ่งแวดล้อม จนเกิดความปรารถนาแห่งการเอาชนะที่ตั้งอยู่อย่างโดดเดี่ยว ตีบตัน และไร้ทางออก มีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่ยึดโยงกับกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์เชิงจักรกล สู่กระบวนทัศน์แบบองค์รวมที่มองสรรพสิ่งเป็นเครือข่าย ต่างพึงพิงอิงกัน (Interdependent) โดยมองว่าสรรพสิ่งในตัวเราและสิ่งรอบข้างนั้น เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบต่างๆ ที่มาบรรจบกันแล้วก่อรูปและสร้างกระบวนการจนเป็นข่ายใยชีวิต (web of life) ที่ปรากฏอัตลักษณ์หรือภาพแห่งความเคลื่อนไหวที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ โดยที่เราอาจลืมนึกถึงความเป็นจริงแห่งข่ายใยชีวิตในมิติแห่งความสัมพันธ์อันนั้น สรรพสิ่งในตัวเราและสิ่งต่างๆ ในโลกและสากลจักรวาลนั้น เกิดขึ้นด้วยการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ไม่มีสิ่งใดจะเกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว ทุกสิ่งมีที่มา มีที่ไป มีเหตุ มีปัจจัย เมื่อเหตุและปัจจัยเกิดขึ้นพร้อมกันอย่างเกื้อกูล ย่อมเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดสิ่งใหม่ และสิ่งใหม่ก็สร้างเส้นทางการเชื่อมโยงกับสิ่งเก่าและสรรพสิ่งอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทุกอย่างเป็นกระบวนการที่โยงใย สลับซับซ้อน เป็นเครือข่าย (network) ที่เชื่อมโยงจากสิ่งเล็ก ๆ และภายในสิ่งเล็กๆ ก็มีการเกาะเกี่ยวกันอย่างน่าอัศจรรย์ ทั้งนี้ เพื่อการจัดการที่เป็นระบบ ถึงแม้ว่าจะมีความไร้ระเบียบอยู่แต่ก็สามารถจัดการตามเหตุผลและปัจจัยของสิ่งเหล่านั้น แนวคิดนี้มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลสุขภาพด้วยกลายเป็นการจัดการสุขภาวะภายใต้แนวคิดแบบองค์รวม ซึ่งมีความหมายที่กว้างกว่าการมีสุขภาพชีวิตที่ดี หรือ ความปราศจากโรค แต่หมายถึงองค์รวมของชีวิตทั้งหมดที่เป็นปกติสุขหรือสมบูรณ์ เช่นเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า ภาวะแห่งความสมบูรณ์พร้อมของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น สุขภาพจึงมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การไม่เป็นโรคหรือทุพลภาพเท่านั้น แต่เป็นการจัดการเพื่อความสมดุลของชีวิต

พระไพศาล วิสาโล มองว่า แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวม มาจากความคิดพื้นฐานที่ว่า มนุษย์แต่ละคนนั้นประกอบด้วยกายและใจ ขณะเดียวกันก็มิอาจแยกตัวอยู่โดด ๆ ได้ หากยังต้องมีความสัมพันธ์กับผู้คน เริ่มจากพ่อแม่ ญาติพี่น้องไปจนถึงผู้คนในสังคม ด้วยเหตุนี้ กายและใจจะต้องสัมพันธ์กันด้วยดี ควบคู่ไปกับความสัมพันธ์ทางสังคมถึงจะทำให้ชีวิตมีความเจริญงอกงามหรือมีสุขภาพที่ดีได้ โดยมิได้มองว่า สุขภาพ หมายถึงความปลอดโรค (disease) เท่านั้น เพราะแม้จะปลอดโรคหรือปัจจัยทางกายภาพที่เป็นตัวก่อโรค (pathogen) เช่น เชื้อโรค สารพิษ ก็ใช่ว่าบุคคลจะมีสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดีได้ มีผู้ป่วยไม่น้อยที่รู้สึกอ่อนเพลีย เวียนหัว ทั้ง ๆ ที่อวัยวะทุกอย่างเป็นปกติ บางคนหูหนวกตาบอด หรือเป็นอัมพาต โดยไม่พบรอยโรคหรือความผิดปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง แต่เมื่อสาวหาสาเหตุกลับพบว่าต้นตออยู่ที่จิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะกดดันในจิตไร้สำนึกซึ่งอาจสืบเนื่องจากปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ใกล้ชิด แนวคิดแบบสุขภาพองค์รวมมองว่าโรคนั้นมิได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดด ๆ แม้กระทั่งโรคติดเชื้อ ก็มีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่นนอกจากตัวเชื้อโรคเอง กล่าวอีกนัยหนึ่งสุขภาพองค์รวมมีทัศนะว่า โรคแต่ละโรคนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ มีหลายองค์ประกอบเข้ามาเกี่ยวข้อง และองค์ประกอบเหล่านั้นมิได้มีแค่องค์ประกอบทางกายภาพ (เช่น เชื้อโรค สารพิษ)เท่านั้น หากมักมีองค์ประกอบทางด้านจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ดังเช่น ความเครียดมักจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคม ความเจ็บป่วยของผู้ที่ไปหาหมอร้อยละ 60-90 เป็นเรื่องกาย-ใจ และเกี่ยวข้องกับความเครียด แม้กระทั่งโรคติดเชื้อ ทัศนะแบบองค์รวมก็เห็นว่ามิได้เกิดจากเชื้อโรคหรือจุลชีพอย่างเดียว หากยังเกี่ยวข้องกับระบบภูมคุ้มกันในร่างกาย หากระบบภูมิคุ้มกันเป็นปกติหรือทำงานได้ดี เชื้อโรคก็ไม่สามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ดังเห็นได้ว่าคนปกตินั้น มีเชื้อโรคหลายอย่างอยู่ในร่างกาย แต่ก็ไม่เจ็บป่วยทั้งนี้เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันสามารถควบคุมเชื้อโรคนั้นไม่ให้ออกฤทธิ์ได้สุขภาพของบุคคลแม้กระทั่งในทางกายนั้น ผูกพันแนบแน่นกับสุขภาวะทางใจและทางสังคม จิตใจที่แช่มชื่นเป็นสุข ไม่เครียด ความสัมพันธ์ที่ราบรื่น ไม่ร้าวฉาน เป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของบุคคลหากมีปัญหาทางจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคมแล้ว บุคคลก็สามารถล้มป่วยได้ โดยที่การล้มป่วย (illness) นั้นอาจไม่เกี่ยวข้องกับโรค (disease)เลย ด้วยเหตุนี้การปลอดโรคจึงไม่ใช่หลักประกันแห่งสุขภาพอย่างแท้จริง เพราะถึงแม้ไม่เป็นโรค แต่ก็อาจล้มป่วยได้ด้วยสาเหตุทางจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ทัศนะที่ว่า สุขภาพหมายถึงการปลอดโรค จึงไม่ครอบคลุมเพียงพอ นอกจากจะเน้นเฉพาะมิติทางกายภาพแล้ว ยังเป็นการมองสุขภาพในเชิงลบ เพราะสุขภาพที่แท้จริงเกิดจากสภาวะที่เป็นบวกทั้งในทางกาย ใจ และสังคมคือร่างกายแข็งแรง ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ดี ใจเป็นสุข แช่มชื่น รู้จักมองในแง่บวก ส่วนความสัมพันธ์กับผู้อื่นก็เป็นไปอย่างราบรื่น กลมเกลียวกัน กระบวนทัศน์ต่อการ

มองชีวิตและสุขภาพในแนวสุขภาพแบบองค์รวมนั้นมองสุขภาพว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งชีวิตเป็นมากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยจะพิจารณาที่ "ตัวคนทั้งคน" ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ รวมถึงปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนๆ นั้น ดังนั้น หลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวม จะต้องมีการดำเนินการที่สอดคล้องกันในทุกมิติ

สุขภาพองค์รวมนั้น มีความเกี่ยวข้องใน 4 มิติ คือ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อม และสุขภาพทางจิตใจและปัญญา ซึ่งแต่ละมิติของสุขภาพล้วนมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเป็นองค์รวมและสมดุลหากสามารถหลอมรวมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันได้ การดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมมี 4 ด้าน คือ

1) ด้านกาย ได้แก่ การฟื้นฟูและรักษาร่างกายทั้งระบบ โดยอาศัยยา กระบวนการบำบัดทางกาย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาทิ การกิน การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน

2) ด้านจิต ได้แก่ การผ่อนคลายจิต ทำให้เกิดความสงบ แช่มชื่น ผ่องใส มีเมตตา และกำลังใจ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง

3) ด้านปัญญา ได้แก่ การเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคและชีวิต เพื่อละวางความติดยึด และเป็นอิสระจากความผันผวนปรวนแปรของชีวิต

4) ด้านสังคม ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ที่ราบรื่นกับผู้อื่น มีครอบครัว ญาติมิตร หรือชุมชนที่พร้อมเป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือ มีความเอื้ออาทรต่อกัน

การเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมในธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

“ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” เกิดขึ้นโดยการริเริ่มจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 ซึ่งที่ประชุมมีฉันทมติเรื่อง “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” โดยมีสาระสำคัญ คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์ให้ทั่วถึง ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงการถวายอาหารที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพพระสงฆ์ สนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพตนเอง พระสงฆ์ในพื้นที่ และสุขภาวะชุมชน โดยมีแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ และให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะไว้ในหลักสูตรต่างๆ ของพระสงฆ์ต่อมาจึงมีการตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ขึ้น โดยมีพระพรหมบัณฑิต เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสวรวิหาร กรรมการมหาเถรสมาคม และนายฐากูร ดิษฐอำนาจ เป็นที่ปรึกษา นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานคณะทำงาน ซึ่งวันที่ 1 มิ.ย. 2559 คณะ

ทำงานฯ มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านการบริหารข้อมูล 3) ด้านการพัฒนา 4) ด้านการบริการสุขภาพและสวัสดิการ และ 5)ด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้รูปแบบต่างๆ ซึ่งในด้านการพัฒนาระบุว่า ให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่สามารถใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยใช้หลักการสำคัญ คือ "ทางธรรมนำทางโลก"

จากนั้น จึงเกิดการยกร่างธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ... ขึ้น โดยมีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) เป็นองค์กรประสานหลัก พร้อมด้วยภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการยกร่าง ได้แก่ กรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของ มส. มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร.) สธ. พศ. สปสช. สสส. และ สช. โดยมีนักวิชาการร่วมทำงาน ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็น 5 เวที จากเวที 4 ภาค และคณะสงฆ์ธรรมยุต จากนั้นจึงเสนอต่อพระพรหมวชิรญาณประธานคณะกรรมการด้านสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ซึ่งมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 24 พ.ย. 2560 รับเข้าเป็นแผนงานด้านสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมและนำไปประกาศใช้ในวันที่ 20 ธันวาคม 2560 ในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 10 และนำเสนอธรรมนูญฯ ต่อที่ประชุมคณะกรรมการมหาเถรสมาคมเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์และสังคม

"ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560" นั้นเป็นกรอบคิดเชิงนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์และสังคมโดยธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ได้มีหลักปฏิบัติประกอบด้วย 5 หมวด 37 ข้อ คือ

หมวดที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์แห่งชาติ มุ่งเน้นสุขภาวะของพระสงฆ์ คือ ภาวะที่เป็นสุขของพระสงฆ์ หมายถึง การมีสุขภาวะที่ดีของพระสงฆ์นั้นควรจะดีพร้อมทั้ง 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา อย่างเป็น รูปธรรมตามหลักสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ คือ องค์รวมแห่งระบบ ความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย โดยองค์ประกอบทั้งหลายนั้นสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งเรียกว่าภาวนา 4 ได้แก่ กายภาวนา (การพัฒนากาย) สีลภาวนา (พัฒนาศีล) จิตตภาวนา (พัฒนาจิตใจ) และปัญญาภาวนา (พัฒนาปัญญา) ที่จะนำพระสงฆ์ไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

หมวดที่ 2 พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักพระธรรมวินัย มุ่งเน้นพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองทั้ง เรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การฝึกฝนพัฒนาจิตและปัญญาเพื่อให้มี ความพร้อมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนา ได้อย่างเต็มที่ ส่งเสริมให้วัดมีระบบและกลไกในการสร้างเสริมสุขภาพ

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยคุกคามสุขภาพภายในวัด โดยใช้มาตรการเชิงรุก ด้วยกระบวนการ มีส่วนร่วม ตลอดถึงการประเมินและพัฒนาระบบและกลไกให้มี ประสิทธิภาพ และให้คณะสงฆ์แต่ละระดับพึงให้การส่งเสริม และสนับสนุน ให้วัดในเขตปกครองได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลและเสริมสร้าง สุขภาพพระสงฆ์ที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ด้วยการจัดทำระบบฐานข้อมูลองค์ความรู้ กิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะในรูปแบบต่างๆ

หมวดที่ 3 ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย โดยให้ชุมชนและสังคมพึงตระหนักและใส่ใจในการดูแลพระสงฆ์ ด้วยปัจจัย 4 ที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะของพระสงฆ์ รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ พึงส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์ ในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ครบวงจร มีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

หมวดที่ 4 บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม สังคมและชุมชนพึงเปิดกว้างให้พระสงฆ์และคณะสงฆ์ เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะในทุกมิติ รวมทั้งสิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม พระสงฆ์และคณะสงฆ์ พึงส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและสังคม เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางปัญญา และให้ความสำคัญ กับการเปิดพื้นที่ให้มีกิจกรรมหรือปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม สุขภาพทางปัญญา ตั้งแต่เกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพระสงฆ์ เป็นผู้นำหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลรูปธรรมในวงกว้าง

หมวดที่ 5 การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ โดยให้พระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคี ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ร่วมกันใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช 2560 เป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานด้านสุขภาวะพระสงฆ์ ให้เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน

สำหรับแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์

1. การจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อให้ทราบข้อมูลวัดและพระสงฆ์ทั่วประเทศ และเชื่อมโยงข้อมูลพระสงฆ์เข้ากับสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ โดยมีการจัดทำบัตรสมาร์ทการ์ดสำหรับพระสฆ์

2. การจัดให้มีพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) คอยช่วยเหลือดูแลพระสงฆ์อาพาธ สร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีการอบรมทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ ซึ่งจะขยายให้มีครอบคลุมทั่วประเทศ

3. การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสร้างอนามัยสิ่งแวดล้อมของวัดที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น มีกุฏิสงฆ์อาพาธ การดูแลพระสงฆ์ที่อยู่ภาวะติดเตียง

4. การถวายความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของพระสงฆ์ การสื่อสารเกี่ยวกับการอุปัฏฐากพระสงฆ์ให้แก่ประชาชน ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ และ

5. การดำเนินงานในพื้นที่ให้เห็นเป็นรูปธรรม ที่หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งมหาเถรสมาคม มูลนิธิสังฆะเพื่อสังคม สปสช. สสส. มจร. พศ. กรมการแพทย์ กรมอนามัย และ สช. ให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการกันอยู่ โดยจะมีกำหนดเป้าหมายร่วมและการบูรการการการทำงานร่วมกัน

แนวคิดสุขภาพองค์รวมนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะเป็นอย่างยิ่งในฐานะแนวคิด กระบวนการ กลไก และกิจกรรมของการจัดการสุขภาวะของชุมชนเป็นทั้งเป้าหมายและวิธีการที่จะทำให้การพัฒนาด้านสุขภาพของบุคคลและชุมชนใน 4 มิติ คือกาย จิต สังคม และปัญญามีความสมบูรณ์ การนำแนวคิดสุขภาพองค์รวมมาบูรณาการกับการเสริมสร้างสุขภาวะ โดยเฉพาะของวัดและชุมชนตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ จะทำให้มีกระบวนการจัดการสุขภาพที่ครอบคลุม เป็นการก้าวย่างที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และประชาชน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับแนวคิดและกระบวนการสุขภาพองค์รวมและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติจะช่วยให้ลดภาวะไร้สุขภาวะของสังคมได้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทสหธรรมิกจำกัด, 2550.

_____. **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิพุทธธรรม, 2549.

พระมหาสุทิตย์ อาภากโร. **เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข. 2548.

พระไพศาล วิสาโล. “สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม”, <https://www.visalo.org/article/healthsukapabkabOngRuam.htm>

ภินันท์ สิงห์กฤตยา. **ศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนทัศน์และกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนา**. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2553.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). **ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) 2560.