



ชมรมฟื้นฟูหัวใจ  
อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 5  
เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงห้วยขวาง  
เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10300  
โทร 0-2718-0060-4, โทรสาร 0-2718-0065 [www.thaiheart.org](http://www.thaiheart.org)

## Cardiovascular disease Prevention and Cardiac Rehabilitation: update

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์

สาขาวิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[Somkiat.s@chula.ac.th](mailto:Somkiat.s@chula.ac.th)

องค์การอนามัยโลก (World Heart Organization) ได้ให้คำจำกัดความการฟื้นฟูหัวใจ (Cardiac rehabilitation) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1993 ว่า:

“The sum of activities required to influence favourably the underlying cause of the disease, as well as to ensure the patients the best possible physical, mental and social conditions so that they may by their own efforts preserve, or resume when lost, as normal a place as possible in the life of the community. Rehabilitation cannot be regarded as an isolated form of therapy but must be integrated with the whole treatment, of which it only forms one facet.”<sup>1</sup> โดยเน้นที่การป้องกันและฟื้นฟูหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว (Secondary prevention) แต่ในปัจจุบัน cardiac rehabilitation ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมถึงการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนเกิดโรคฯ (primary prevention) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ ยังขยายการป้องกันและฟื้นฟูในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และหลังการผ่าตัด หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention) หลังการใส่อุปกรณ์โรคหัวใจ (เช่น Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator, Cardiac pacemaker, Cardiac Re-synchronized Therapy) อีกด้วย

การฟื้นฟูหัวใจ (Cardiac rehabilitation) หลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiac event) เป็นคำแนะนำระดับ Class I recommendation จากสมาคมหัวใจในยุโรป อเมริกา หลายองค์กร (European Society of Cardiology, American Heart Association, American College of Cardiology)<sup>2,3,4</sup>

ตารางที่ ๑ แสดงคำแนะนำของ AHA/ACCF ในการฟื้นฟูหัวใจ<sup>4</sup>

### Cardiac rehabilitation

#### Class I

1. All eligible patients with ACS or whose status is immediately post coronary artery bypass surgery or post-PCI should be referred to a comprehensive outpatient cardiovascular rehabilitation program either prior to hospital discharge or during the first follow-up office visit.<sup>55,154,161,163</sup> (Level of Evidence: A)
2. All eligible outpatients with the diagnosis of ACS, coronary artery bypass surgery or PCI (Level of Evidence: A);<sup>55,154,155,161</sup> chronic angina (Level of Evidence: B);<sup>143,162</sup> and/or peripheral artery disease (Level of Evidence: A)<sup>258,164</sup> within the past year should be referred to a comprehensive outpatient cardiovascular rehabilitation program.
3. A home-based cardiac rehabilitation program can be substituted for a supervised, center-based program for low-risk patients.<sup>153,150,160</sup> (Level of Evidence: A)

European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. แนะนำว่า Cardiac rehabilitation นอกจากจะช่วยลดอัตราการตายหลังเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ลดการตายจากทุกสาเหตุร้อยละ 13 (95%CI 0.75-0.99 ลดการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 26 (95%CI 0.63-0.87)<sup>5</sup> ยังมีควมคุ้มค้ำมาก(cost-effectiveness) ในการลดบ้จจยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>6</sup> ตารางที่ ๒ แสดง คำแนะนำการฟื้นฟูหัวใจของ Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology<sup>5</sup>

| Recommendations  | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> | GRADE  | Ref <sup>c</sup> |
|--|--------------------|--------------------|--------|------------------|
| All patients requiring hospitalization or invasive intervention after an acute ischaemic event should participate in a cardiac rehabilitation programme to improve prognosis by modifying lifestyle habits and increasing treatment adherence. | IIa                | B                  | Strong | 205, 250         |

<sup>a</sup>Class of recommendation.  
<sup>b</sup>Level of evidence.  
<sup>c</sup>References.

ส่วนการป้องกันโรค ไม่ว่าจะก่อนหรือหลังเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (primary or secondary prevention) กับการฟื้นฟูหัวใจ(cardiac rehabilitation) เหมือนกันทั้งในแง่ของเป้าหมาย และหลักการ ดังนั้น ในปัจจุบันคำแนะนำในการป้องกันโรคและการฟื้นฟูหัวใจ สามารถใช้แทนกันได้ จนไม่จำเป็นต้องแยกออกจากกัน เช่น จากคำแนะนำของ AHA/ACC ในปี ค.ศ. 2013<sup>7</sup> แนะนำว่า การทำ resistance exercise training ช่วยลดระดับ LDL-C, TG และ non-HDL-C ได้โดยเฉลี่ย 6-9 mg/dL เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบนี้ ซึ่งเป็นผลดีต่อการป้องกันโรค โดยให้ทำ resistant exercise ด้วยความหนัก 70% 3 sets ต่อครั้งรวม 9 ครั้ง มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ประมาณ 24 สัปดาห์ ซึ่งก็สามารถปรับใช้ในผู้ป่วยฟื้นฟูหัวใจได้ด้วย เป็นต้น

สำหรับองค์ประกอบ เนื้อหา เป้าหมาย ที่สำคัญในการฟื้นฟูหัวใจ (Core cardiac rehabilitation components and objectives common to all clinical conditions) ได้รวบรวมไว้ในรายงานของ Cardiac

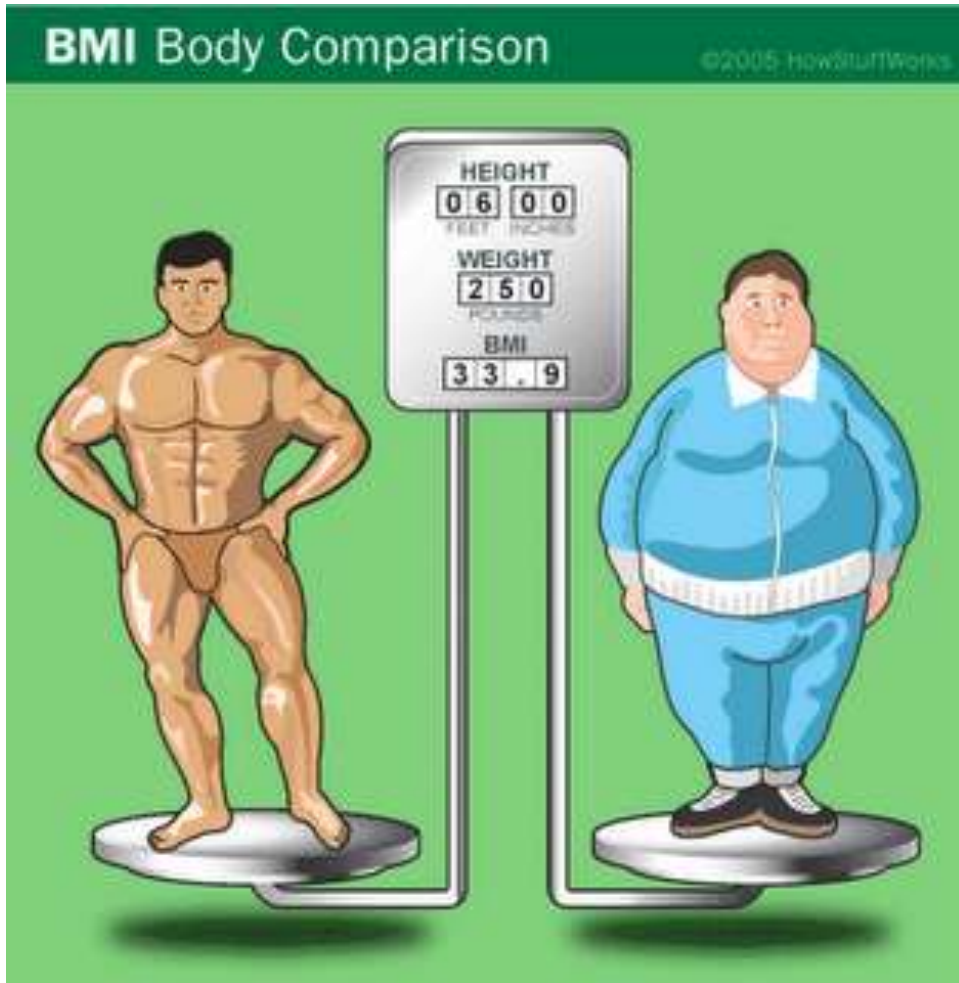
rehabilitation section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.<sup>8</sup> เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย(ประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาการออกกำลังกาย การฝึกออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร การควบคุมหรือลดน้ำหนัก การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต การหยุดสูบบุหรี่ การสร้างความสุข หรือสุขภาพทางจิตและสังคม เป็นต้น

ต่อไปนี้เป็นบทความวิชาการบางเรื่องที่จะช่วยในการป้องกันและฟื้นฟูโรคหลอดเลือดหัวใจ

เรื่องที่ ๑. รอบเอวไม่เกินครึ่งความสูง (Ashwell M. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obesity Rev 2012;13:275-86.)

เรารู้มานานแล้วว่า อ้วนตัวใหญ่ (ใหญ่ทั้งตัว หรือ ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ) และ อ้วนพุง (อ้วนเฉพาะพุง หรือ ความยาวรอบเอวยาวกว่าปกติ) ล้วนแต่เป็นเหตุปัจจัยสนับสนุนให้เราอายุสั้นลง เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันสูง ไขมันผิดปกติ มะเร็ง) และโรคเฉียบพลัน (เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพฤกษ์ อัมพาต ลิ้มเลือดในปอด) มากกว่า คนที่มีดัชนีมวลกาย และ รอบเอวปกติ

ต่อมา เราก็เรียนรู้อีกว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วย การตาย อันดับหนึ่งของชาวโลก เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ อ้วนพุงมากกว่า อ้วนตัวใหญ่ หมายความว่า ความยาวของรอบเอวที่มากกว่าปกติ เป็นเหตุปัจจัยให้เราเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า น้ำหนักทั้งตัวที่เพิ่มขึ้น เช่น คนที่เพศเดียวกัน สูงเท่ากัน นหนักเท่ากัน จะมีดัชนีมวลกายเท่ากัน คนที่มีรอบเอวใหญ่กว่า จะเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า (รูปที่ ๑)



รูปที่ ๑ แสดงชาย ๒ คนที่มีความสูง น้ำหนัก และ ดัชนีมวลกาย เท่ากัน คือ สูง ๖ ฟุต หนัก ๒๕๐ ปอนด์ ดัชนีมวลกาย ๓๓.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร เท่ากัน แต่คนทางขวามีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า เพราะมีรอบเอวใหญ่กว่า (ความยาวรอบเอวมมากกว่า) คนทางซ้ายมือ

ความยาวรอบเอวของชายไทย หญิงไทยที่ควรจะเป็น ถูกกำหนดไว้ ไม่ให้เกิน ๙๐ เซนติเมตร(๓๖ นิ้ว) ในผู้ชายและ ไม่เกิน ๘๐ เซนติเมตร (๓๒ นิ้ว) ในผู้หญิง ถ้าเกินกว่านี้ จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน ความดันสูง ไชมันผิดปกติ และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา

คำถามที่ถูกลืมบ่อย คือ ทำไมจึงใช้เกณฑ์ความยาวรอบเอวเดียวกัน ในคนที่สูงไม่เท่ากัน

คนที่เตี้ย รอบเอวเท่ากับ คนที่สูงกว่า จะมีโอกาสเสี่ยงดังกล่าวมากกว่าหรือไม่ เพราะดูโหวงแข็ง ลองกะ ๆ ดูแล้ว คนเตี้ย ดูอ้วนกว่า คนสูงชัดเจน ทำไมจึงจะเสี่ยงฯ พอ ๆ กัน (เพราะความยาวรอบเอวเท่า ๆ กัน)

รูปที่ ๒ ผู้หญิงที่รอบเอวเท่ากัน (ความยาวรอบเอว ๑๐๒ เซนติเมตร) แต่สูงไม่เท่ากัน (คนซ้ายมือสูง ๑๕๐ เซนติเมตร คนขวามือสูง ๑๗๐ เซนติเมตร) ใครเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง กลุ่มอาการอ้วนพีมูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่ากัน ?



การทบทวนการศึกษาแบบ Systematic review เพื่อตอบคำถามว่า ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) น้ำหนักเป็นกิโลกรัมต่อ ๑ ตารางเมตร) ความยาวรอบเอว (Waist Circumference หน่วยเป็นเซนติเมตร) และ อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง (Waist Height ratio) ตัววัดตัวใดที่จะบอกโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีที่สุด ได้การศึกษาคุณภาพดีจนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๓๑ การศึกษา ในประชากร 300,000 กว่าคน (ชาย 123,000 หญิง 182,000 กว่าคน) จาก ๑๘ ประเทศ (๖ ประเทศในทวีปเอเชีย ๒ ประเทศในตะวันออกกลาง ๒ ประเทศในทวีปออสเตรเลีย ๔ ประเทศในทวีปยุโรป ๒ ประเทศในทวีปอเมริกาใต้ และ ๑ ประเทศในแคริบเบียน) อายุตั้งแต่ ๑๘ ถึง ๑๐๐ ปี เป็นการศึกษาไปข้างหน้า ๖ การศึกษา ซึ่งติดตามตั้งแต่ ๓.๕ ถึง ๑๗ ปี (การศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต ที่อำเภอ บางกรวย จังหวัดนนทบุรี เป็นการศึกษาไปข้างหน้าที่นานที่สุด) พบว่า

ในประชากรทั้งชายและหญิง อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง เป็นตัวชี้วัดโอกาสเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง กลุ่มอาการอ้วนพีมูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่

ดีที่สุด กล่าวคือ เมื่อเทียบกับดัชนีมวลกาย อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง เพิ่มความสามารถในการแยกแยะโอกาสเสี่ยงดังกล่าวขึ้นร้อยละ 4-5 ส่วนความยาวรอบเอว เพิ่มความสามารถในการแยกแยะขึ้นร้อยละ 3

แล้วเราจะใช้ค่าอัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง เท่าไรดี ในการบอกโอกาสเสี่ยง ?

จากข้อมูล ๑๖ บทความข้างต้น พบว่า

จุดตัดของค่าอัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง ในการแบ่งโอกาสเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ

๑. โรคเบาหวานในผู้ชายและผู้หญิง คือ 0.52 และ 0.53 ตามลำดับ
๒. โรคความดันสูง คือ 0.50 และ 0.50
๓. ไชมันไตรกลีเซอไรด์สูง คือ 0.49 และ 0.49
๔. ภาวะอ้วนพีมูง คือ 0.50 และ 0.49
๕. โรคหัวใจและหลอดเลือด คือ 0.53 และ 0.50 ตามลำดับ

สรุปว่า จุดตัดที่แบ่งโอกาสเสี่ยงดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นของ อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง คือ 0.5 แปลว่า ถ้าอัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง ที่มากกว่า 0.5 จะเพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง ไชมันไตรกลีเซอไรด์สูง อ้วนพีมูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษาพนักงานขาย การไฟฟ้าฝ่ายผลิต (Electricity Generating Authority of Thailand or EGAT) 1 อายุ 35-59 ปี จำนวน 2500 กว่าคน ติดตามเป็นเวลา 17 ปี พบว่า อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง (Weigh Height ratio) ประเมินโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในชายไทย ได้ดีกว่า ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ความยาวรอบเอว (Waist Circumference) และ อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความยาวรอบสะโพก (Waist Hip ratio) โอกาสผู้ชายที่มี อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง มากที่สุด (ในสามกลุ่ม) เพิ่มโอกาสโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย 2.89 เท่า (95%CI 1.37-6.11) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่น้อยที่สุด และ จุดตัดที่ใช้แบ่งโอกาสเสี่ยงดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นของอัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูงในชายไทย คือ 0.51 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากนานาชาติ ๓๑ การศึกษาข้างต้น

(เอกสารอ้างอิง 1. Aekplakorn W. Abdominal obesity and coronary heart disease in Thai men. Obesity 2007;15:1036-42.)

ดังนั้น ถ้าใครอยากรู้ว่า เราเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง อ้วนพุง และ โรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ ก็ให้วัดความยาวรอบเอวของเราเองว่า ยาวเกินกว่าครึ่งหนึ่งของความสูงของเราหรือไม่ ยิ่งเกินมาก ก็ยิ่งเสี่ยงมาก

ตัวอย่างเช่น เราสูง 168 เซนติเมตร รอบเอวของเราไม่ควรเกิน 168 หาร 2 คือ 84 เซนติเมตร ถ้าเกินกว่านี้ ก็เพิ่มโอกาสเสี่ยงฯ

ใครไม่อยากจะเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง โรคหัวใจหลอดเลือด (อัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย) ก็พยายามรักษารอบเอวเอาไว้ไม่ให้เกินครึ่งหนึ่งของความสูง (ไร้พุง ไกลโรค)

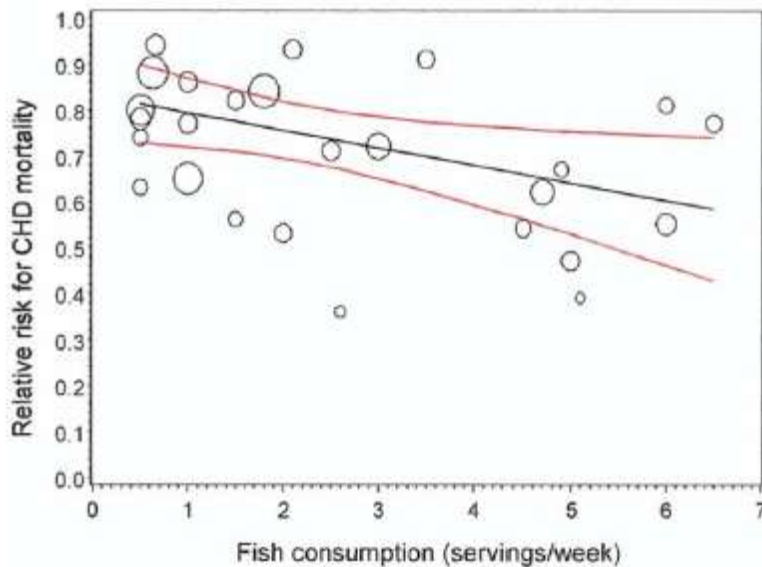
วิธีวัดรอบเอวและทำสายวัดรอบเอวสำหรับตัวเอง

วิธีวัดรอบเอวมียหลายวิธี แต่ละวิธีที่แตกต่างกัน มีผลในการประเมินความเสี่ยงฯ ต่างกันไม่มากนัก จึงเลือกใช้วิธีที่ง่าย และสะดวกในการวัด คือ วัดความยาวรอบเอวที่ระดับสะดือ โดยการวัดจากสะดือ วนรอบเอวในระดับที่ขนานกับพื้นดินในท่ายืน ขณะหายใจออกปกติจนสุด ก่อนหายใจเข้า แต่ไม่ต้องแขม่วท้องกลั้นหายใจในขณะวัด ความยาวรอบเอวหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร เมื่อเทียบกับ ครึ่งหนึ่งของความสูง หรือ ความสูงเป็นเซนติเมตร หาร สอง ถ้ามากกว่านั้น ถือว่าความยาวรอบเอวเกิน ยิ่งเกินมาก ยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงฯมาก

วิธีทำสายวัดรอบเอวสำหรับตัวเอง ก็โดยการใช้สายพลาสติก หรือ เชือกยาวเท่ากับความสูงของเรา มาพับครึ่งแล้วตัดแบ่งเป็น 2 สาย เท่า ๆ กัน ก็จะได้สายวัดรอบเอวของเราเอง 2 สาย นำสายที่ตัดแบ่งแล้ว ปลายข้างหนึ่งวางที่ตำแหน่งสะดือ แล้ววนสายรอบเอวดูว่า ปลายทั้งสองข้างจะมาชนกันที่สะดือได้หรือไม่ ถ้าชนกันได้ โดยไม่ต้องแขม่วท้องกลั้นหายใจ ก็ถือว่าไม่เกิน แต่ถ้าปลายสาย 2 ข้างชนกันไม่ได้ ก็วัดอยู่ว่าเกินอยู่ที่เซนติเมตร แล้วบันทึกไว้ วัดทุก 3 เดือน เพื่อดูว่า รอบเอวเราเพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง

เรื่องที่ ๒. กินปลา “เป็นตัว” หรือ กินน้ำมันปลา “เป็นเม็ด” ?

ชาวโลกเรากินปลา (เป็นตัว) มาแต่โบราณ ปรากฏว่ากินปลาเยอะ ลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รูปที่ ๑) ทุก ๆ ๑ หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ที่กินปลาเพิ่มขึ้น ลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณร้อยละ ๔ (Konig A. Am J Prev Med 2005;29:335) สมาคมแพทย์หัวใจแห่งอเมริกาแนะนำให้ประชาชนทั่วไป (ที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ) กินปลาหลาย ๆ ชนิดอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ มื้อ (American Heart Association Nutrition Committee. Circulation 2006;114:82)



**Figure 1.** Regression of CHD mortality risk versus fish consumption in the general population. Note: The area of each data point is proportional to its statistical weight. The upper and lower bands denote the 95% confidence interval on mean of the predicted value. CHD, coronary heart disease.

รูปที่ ๑. โอกาสการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ตามจำนวนการกินปลาที่เพิ่มขึ้น (หน่วยเป็น หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์) แกนนอน แสดงจำนวนหน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ที่บริโภค จาก ๑ ถึง ๗ หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ ส่วนแกนตั้งแสดงโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จากน้อยที่สุด คือ ๐.๐ ถึง มากที่สุด คือ ๑.๐ วงกลมแต่ละวง แสดงข้อมูลการศึกษาแต่ละการศึกษา วงกลมใหญ่ แสดงว่า การศึกษาในประชากรมาก วงกลมเล็กแสดงการศึกษาในประชากรที่น้อยกว่า เส้นสีดำ แสดงโอกาสเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและจำนวนปลาที่กิน ส่วนสีแดง ๒ เส้น บนและล่างเส้นแดง แสดง 95% confidence interval

การกินปลาลดโอกาสหัวใจล้มเหลว (Fish consumption, omega-3 fatty acids and risk of heart failure: A meta-analysis. Djousse L. Clin Nutr 2012;Jun 6)



ภาวะหัวใจล้มเหลว มักจะเป็นผลตามมาจากความอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การรักษาภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากความดันสูง ซึ่งพบได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ตามจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้นทุกปี ภาวะดังกล่าวเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากขึ้นร้อยละ ๒๐ ถึง ๕๐ การศึกษาที่ผ่านมา ยังบอกไม่ได้ชัดเจนว่า การกินปลาหรืออาหารที่มีโอเมก้าสาม (ไขมันปลา สำหรับอาหารทะเล) จะช่วยลดโอกาสเป็นหัวใจล้มเหลวหรือไม่

จากการรวบรวมการศึกษาแบบ Systematic review จากฐานข้อมูลทางการแพทย์จนถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๕๔ หาความสัมพันธ์ระหว่างการกินปลา และการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ได้การศึกษาไปข้างหน้าคุณภาพดี ๗ การศึกษา ในประชากรยุโรปและอเมริกาหนึ่งแสนเจ็ดหมื่นหกพันกว่าคน ติดตาม ๗ ถึง ๑๔ ปี เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวใหม่ หัวพันสี่ร้อยละพบว่ามีกลุ่มประชากรที่กินปลามากที่สุด (เมื่อเทียบกับกลุ่มที่กินน้อยที่สุด หรือไม่ได้กินเลย) ลดโอกาสเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ ๑๕ (RR 0.82;95%CI 0.73-0.99) หลังจากปรับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องแล้ว และไม่พบมีความแตกต่างของวิธีการศึกษาแต่ละการศึกษาที่ชัดเจน( $I^2=8\%$ )

การอบหรือหนึ่งปลากิน ลดโอกาสหัวใจล้มเหลว แต่กินปลาทอดอาจเพิ่มโอกาส (Fish Intake and the Risk of Incident Heart Failure. The Women's Health Initiative. Belin RJ. Circ Heart Fail 2011;44:404.)

การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการกินปลาที่ผ่านมา พบว่า การกินปลาทอด แซนวิชปลา เพิ่มโอกาสการเต้นผิดจังหวะรุนแรงของหัวใจห้องบน (atrial fibrillation) ส่วนการกินปลาอบหรือต้ม กลับลดโอกาสดังกล่าว (Mozaffarian D. Circulation 2004;110:368) ปลาทอด แซนวิชปลา ยังเพิ่มโอกาสหัวใจล้มเหลว และ อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบตัน ในประชากรสูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) แต่ปลาอบหรือต้มลดโอกาส (Mozaffarian D. J Am Coll Cardiol 2005;45:2015. Mozaffarian D. Arch Intern Med 2005;165:200) ในผู้หญิงหลังวัยหมดประจำเดือน (อายุ ๕๐ ถึง ๗๙ ปี) วิธีการกินปลาจะเกี่ยวข้องกับการเพิ่มหรือลดโอกาสหัวใจล้มเหลว หรือไม่

การศึกษาไปข้างหน้าในหญิงชาวอเมริกัน อายุ ๕๐ ถึง ๗๙ ปี แปรผืนสี่พันกว่าคน ติดตามโดยเฉลี่ย ๑๐ ปี (จนถึง เดือนสิงหาคม ๒๕๕๑) พบว่า การกินปลาอบหรือปลาต้มเป็นอาหารหลักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕ มื้อต่อสัปดาห์ ลดโอกาสเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาร้อยละ ๓๐ (HR 0.70;

95%CI 0.51-0.95) เมื่อเทียบกับกินน้อยกว่า ๑ มื้อต่อเดือน ส่วนกลุ่มผู้หญิงที่กินปลาทอดเป็นอาหารหลักมากกว่าหรือเท่ากับ ๑ มื้อต่อสัปดาห์ เพิ่มโอกาสเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ ๔๘ (HR 1.48;95%CI 1.19-1.84) เมื่อเทียบกับกินน้อยกว่า ๑ มื้อต่อเดือน หลังจากปรับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องแล้ว

สรุปว่า การกินปลาต้มหรือปลาต้ม ยิ่งกินมากยิ่งลดโอกาสหัวใจล้มเหลว ตรงข้ามกับ การกินปลาทอด ยิ่งกินมา ยิ่งเพิ่มโอกาสหัวใจล้มเหลว ดังนั้น การกินปลาให้ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพ กินแบบคนโบราณ ที่ต้มปลา นึ่งปลากิน หลีกเลี่ยงการกินปลาทอด หรือทอดปลามากิน

“กินปลา แต่อย่าทอด” สัปดาห์ละ ๒ ถึง ๓ มื้อก็เพียงพอแล้ว จะเป็นปลาทะเล หรือ ปลาน้ำจืดก็ได้ ทั้งนี้ครับ

ส่วนบางคนที่ไม่กินปลา เพราะเหม็นคาวบ้าง กลัวก้างปลาติดคอบ้าง ไม่ชอบบ้าง ก็ลองกินอาหารทะเล หรือ สานหร่ายแทนก็ได้

การกินน้ำมันปลาเป็นเม็ดไม่ช่วยลดโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (n-3 Fatty Acids and Cardiovascular Outcomes in Patients with Dysglycemia. The ORIGIN Trial Investigators. N Engl J Med 2012;367:309.)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบ (เทียบกับยาหลอก) ที่จะตอบใจทย์ว่า การกินน้ำมันปลาเป็นเม็ดในระยะยาวจะลดโอกาสโรคหัวใจและหลอดเลือดได้หรือไม่ ในผู้ป่วยเบาหวาน หรือมีน้ำตาลสูงผิดปกติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้วิจัยสุ่มแบ่งชาวแคนาดาที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงดังกล่าว หนึ่งหมื่นสองพันกว่าคน ให้กินน้ำมันเป็นเม็ด (แคปซูล ขนาด ๑ กรัม ที่มี โอเมก้า-สามในรูป ethyl esters อย่างน้อย ๙๐๐ มิลลิกรัม) หรือ เม็ดยาหลอก (แคปซูลที่ไม่มีน้ำมันปลา) วันละ ๑ เม็ด ติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๖.๒ ปี พบว่า กลุ่มที่กินน้ำมันปลาไม่ลดโอกาสการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีความสำคัญทางสถิติ คือลดได้ร้อยละ ๒ (HR 0.98; 95%CI 0.87-1.10) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่กินยาหลอก นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่ช่วยลดโอกาสตายจากทุกสาเหตุ ไม่ช่วยตายจากหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง ไม่ช่วยลดการเกิดอัมพาต ไม่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ช่วยลดการเข้านอนโรงพยาบาลจากหัวใจล้มเหลว แม้ว่า ระดับไตรกลีเซอไรด์ในกลุ่มที่กินน้ำมันปลาจะลดลงอย่างชัดเจนถึง ๑๔.๕ มก.ต่อเดซิลิตร

สรุปว่า การกินน้ำมันปลาเป็นเม็ด (แคปซูล) ๑ กรัมต่อวัน ในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่เบาหวาน (น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ) ในระยะยาว ไม่ช่วยลดการตายและการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การกินน้ำมันปลาเป็นเม็ดไม่ช่วยลดโอกาสตายและโรคหัวใจและหลอดเลือด (Association Between Omega-3 Fatty Acid Supplementation and Risk of Major Cardiovascular Disease Events A Systematic Review and Meta-analysis Rizos EC. JAMA 2012;308:1024.)

ก่อนปี ๒๕๔๓ การศึกษาวิจัยเรื่องการกินปลา หรือการกินน้ำมันปลาเป็นเม็ดหลายการศึกษา แสดงให้เห็นประโยชน์ของการกินน้ำมันปลาในการลดการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคฯ โดยเชื่อว่าเป็นผลจากโอเมก้า-สามในน้ำมันปลา มีผลดีต่อหัวใจดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การศึกษาระยะหลังหลายการศึกษา รวมทั้งการศึกษาข้างต้น ไม่ได้สนับสนุนประโยชน์ในการลดการเกิดและตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การรวบรวมการศึกษาแบบ systematic review จะช่วยให้คำตอบได้ว่า การกินน้ำมันปลาเป็นเม็ดได้ประโยชน์หรือไม่ ในปัจจุบัน

การสืบค้นบทความวิชาการทางการแพทย์จากฐานข้อมูล MEDLINE, EMBASE และ Cochrane Central Register of Controlled Trial จนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้การศึกษาคูณภาพดีเยี่ยม ๒๐ การศึกษาในประชากร หกหมื่นแปดพันกว่าคน ติดตามโดยเฉลี่ย ๒ ปี (นานที่สุด ๖.๒ ปี) เกิดการตาย เจ็ดพันกว่าคน ตายจากโรคหัวใจ สามพันเก้าร้อยกว่าคน ตายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาต อย่างละ พันกว่าคน พบว่า การกินน้ำมันปลาไม่ช่วยลดการตายจากทุกสาเหตุ ลดได้ร้อยละ ๔ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ช่วยลดการตายจากโรคหัวใจ ไม่ช่วยลดการตายเฉียบพลัน ไม่ช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และไม่ช่วยลดอัมพาต ไม่ว่าจะกินน้ำมันปลาก่อนหรือหลังเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

การกินปลาเป็นเม็ดอาจได้ประโยชน์ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Tavazzi L. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. Lancet 2008;372:1223–1230., Kromhout D. Fish oil and omega-3 fatty acids in cardiovascular disease: do they really work ? Eur Heart J 2012;33:436.)

การศึกษาการกินน้ำมันปลาเป็นเม็ด (โอเมก้า-สาม ๑ กรัมต่อวัน) เทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่า ได้ประโยชน์ในการลดการตายจากทุกสาเหตุร้อยละ ๙ (ลดลงจากร้อยละ ๕๙ ในกลุ่มกินยาหลอกเป็นร้อยละ ๕๗ ในกลุ่มกินน้ำมันปลา) กล่าวคือ ต้องให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ๕๖ คน กินน้ำมันปลา ๑ กรัมต่อวัน เป็นเวลา ๓.๙ ปี จะลดการตายได้ ๑ คน แต่การกินยาลดไขมันกลุ่มสเตตินในผู้ป่วยดังกล่าว ไม่ได้ประโยชน์ดังกล่าว

ดังนั้น คำแนะนำการกินน้ำมันปลาเป็นเม็ด ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว อาจจะได้ประโยชน์กว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจ ที่มียาลดไขมัน ยาลดความดันฯ ยาต้านเกล็ดเลือดหลาย ๆ ตัวที่มีผลแทนโอเมก้า-สามอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตาม การกินน้ำมันปลาเป็นเม็ด ควรอยู่ในการดูแลของแพทย์ (แพทย์เป็นผู้สั่งและ ติดตามผู้ป่วย) ไม่แนะนำให้ซื้อกินเอง

### เรื่องที่ ๓. กินอาหารเช้า

ผู้ชายที่ไม่กินอาหารเช้า กินมื้อเย็นดึก เพิ่มโอกาสโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cahill LE. Prospective Study of Breakfast Eating and Incident Coronary Heart Disease in a Cohort of Male US Health Professionals. Circulation 2013; 128 :337-43)

ผู้ชายวัยทำงานสมัยนี้ มักจะนอนดึก ตื่นสายกว่าเดิม ทำให้หลาย ๆ คน ไม่ได้กินอาหารเช้า หรือ อย่างง่วงก็กาแฟแก้วเดียว เพื่อสลัดความง่วง เพิ่มความสดชื่นในตอนเช้า ก่อนรีบเร่งไปทำงานให้ทันเวลา บางคนก็ต้องทำ “โอ” (โอที หรือ ทำงานนอกเวลา) จนดึกดื่น จึงได้กลับบ้านมากินข้าวเย็นหลังสองทุ่ม ดูทีวีหรือทำงานต่ออีกหน่อย ก่อนจะเข้านอนหลังเที่ยงคืน การใช้ชีวิตแบบนี้ มีผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวแน่ แต่ผลเสียนั้นคืออะไรละ

เราเชื่อกันมานานว่า อาหารเช้าเป็นมื้ออาหารที่สำคัญที่สุดของวัน แต่หลักฐานทางวิชาการที่ผ่านมา ไม่เพียงพอที่จะแนะนำให้ทุกคนต้องกินอาหารเช้า เพื่อให้สุขภาพดี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ คำแนะนำสำหรับคนอเมริกันในการกินอาหารเช้า แนะนำให้เด็กทุกคนกินอาหารเช้า แต่ยังไม่มีความแนะนำในผู้ใหญ่ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษา แสดงหลักฐานทางวิชาการที่มากพอที่จะเป็นคำแนะนำสำหรับผู้ใหญ่ได้

การศึกษาที่ชื่อว่า Health Professionals Follow-up Study (หรือ การศึกษาติดตามสุขภาพบุคลากรสาธารณสุข) เป็นการศึกษาไปข้างหน้า ติดตามบุคลากรสาธารณสุขชาย (ได้แก่ ท้นต แพทย์ สัตว์แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น) ที่อายุ ตั้งแต่ ๔๕ ถึง ๘๒ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ เกือบทั้งหมดเป็นชาย ชาวอเมริกันผิวขาวจำนวน 26900 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการกินอาหารแต่ละมื้อ ทุก ๒ ปี แล้วติดตามไปถึง ๑๖ ปี ในระหว่างนี้มีผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด 1500 กว่าคน หลังจากปรับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอื่น ๆ แล้ว พบว่า ผู้ชายที่ไม่ได้กินอาหารเช้า เพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจดังกล่าวร้อยละ ๒๗ (RR 1.27, 95%CI 1.06-1.53) เมื่อเทียบกับผู้ชายที่กินอาหารเช้าทุกวัน ส่วนพวกที่ชอบกินข้าวเย็นตอนดึก (หลังสองทุ่ม) ก็เพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๕๕ (RR 1.55, 95%CI 1.05-2.29) เมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่กินอาหารหลังสองทุ่ม ความสัมพันธ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการเพิ่มดัชนีมวลกาย(อ้วนขึ้น) ความดันสูงขึ้น คอเลสเตอรอลสูงขึ้น และเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น ของชายที่ไม่กินข้าวเช้า และ/หรือ กินข้าวเย็นดึก นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า จำนวนครั้งของการกินอาหารต่อวันมากหรือน้อย ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ไม่กินอาหารเช้า เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานในผู้ชาย (Mekary RA. Eating patterns and type 2 diabetes risk in men: breakfast omission, eating frequency, and snacking. Am J Clin Nutr 2012; 95: 1182-9.)

พฤติกรรมการไม่กินอาหารเช้าระบาดไปทั่วในคนเมือง ไม่ว่าจะเป็เด็ก วัยรุ่น หรือ ผู้ใหญ่ วัยทำงาน ควบคู่ไปกับการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วน และ โรคเบาหวาน นอกจากนี้ การกินของว่าง (ที่ส่วนใหญ่ไม่ดีต่อสุขภาพ) ระหว่างมื้ออาหาร จะมีผลเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและโรคเบาหวานหรือไม่

การศึกษาติดตามสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขดีดังกล่าวข้างต้น ได้ทำการวิเคราะห์ แบบแผนการกินอาหารของชายชาวอเมริกันผิวขาว กับการเกิดโรคเบาหวาน (เกิดโรคเบาหวานใหม่ 1900 กว่าคนในเวลาติดตาม 16 ปี) พบว่า ชายที่ไม่ได้กินอาหารเช้า (หมายถึง ไม่ได้กินอาหารในช่วงเวลาหกโมงถึงเก้าโมงเช้า) เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๒๑ (RR 1.21; 95%CI 1.07-1.35) เมื่อเทียบกับผู้ที่กินอาหารเช้าทุกวัน การกินของว่างระหว่างมื้ออาหาร ๓ มื้อ ก็เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน เพราะทำให้ดัชนีมวลกาย(ความอ้วน) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะชอบกินของว่างในเวลากลางคืน ผู้ชายที่ไม่กินอาหารเช้า และ กิน

๔ ถึง ๗ มื้อต่อวัน เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คือเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๖๗ หลังจากปรับปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เกี่ยวข้องแล้ว นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ชายที่ไม่กินอาหารเช้า และชอบกินอาหารแบบตะวันตก (หวาน มัน เค็ม เนื้อสัตว์มาก) เพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานมากกว่า ผู้ที่กินอาหารเช้า

หญิงอเมริกันที่กินอาหารเช้าไม่สม่ำเสมอ เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน (Mekary RA. Eating patterns and type 2 diabetes risk in older women: breakfast consumption and eating frequency. Am J Clin Nutr 2013;98:436-43)

ผู้หญิงทั่วโลกกำลังเผชิญกับภัยจากโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ควบคู่ไปกับน้ำหนัก รอบเอวที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมการไม่กินอาหารเช้าในผู้หญิงวัยทำงานในเมืองก็มากขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน คำถามคือ การไม่กินอาหารเช้าหรือ กินบ้างไม่กินบ้าง เพิ่มโอกาสการเป็นโรคเบาหวานของผู้หญิงหรือไม่

การศึกษาที่ชื่อว่า Nurses' Health Study (การศึกษาศาสนภาพยาบาล) เป็นการศึกษาไปข้างหน้า ติดตามพยาบาลผู้หญิงชาวอเมริกันอายุ (30-55 ปี) 46000 กว่าคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นเวลา ๖ ปี เป็นโรคเบาหวานใหม่ 1500 กว่าคน และดูความสัมพันธ์ระหว่างการกินอาหารเช้า กับการเกิดโรคเบาหวาน พบว่า คุณพยาบาลที่กินอาหารเช้าไม่สม่ำเสมอ (คือ กิน 0-6 มื้อต่อสัปดาห์) เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานขึ้นร้อยละ ๒๔ (95%CI 1.14-1.44) เมื่อเทียบกับผู้ที่กินอาหารเช้าทุกวัน นอกจากนี้ยังพบว่า คุณพยาบาลที่กินอาหารเช้า 0-6 มื้อต่อสัปดาห์ และ กินมากกว่า 4 มื้อต่อวัน เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานสูงสุด คือ ร้อยละ 47 (95%CI 1.23-1.75) เมื่อเทียบกับผู้ที่กินอาหารเช้าทุกวันและกิน 1-3 มื้อต่อวัน แต่ถ้าใช้ค่าดัชนีมวลกาย(ความอ้วน) มาปรับ โอกาสเสี่ยงจะลดลงเหลือร้อยละ 24 (95%CI 1.04-1.48)

ความรู้ที่ได้จาก ๓ การศึกษาข้างต้น สรุปว่า ไม่ว่าจะชายหรือหญิง การกินอาหารเช้าทุกวัน ในเวลา ๖ โมงถึง ๙ โมงเช้า ไม่กินอาหารเย็นหลังสองทุ่ม และ การกินอาหาร, อาหารว่างระหว่างมื้อที่ดีต่อสุขภาพ (อ่อนหวาน มัน เกลือโซเดียม เนื้อสัตว์น้อย) จะเป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยลดโอกาสเป็นโรคเบาหวาน และ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยเฉพาะในผู้ชายวัยกลางคนขึ้นไป

วันนี้ คุณกินอาหารเช้าแล้วหรือยัง ?

เรื่องที่ ๔. กีฬา กีฬา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ ? (Naci H. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes:

metaepidemiological study. BMJ 2013;347:f5577)

การศึกษาที่ผ่านมาบอกให้เราทราบว่า การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ช่วยลดโอกาสเกิดโรคมากมาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังทั้งหลาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบ โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น และยังทำให้อายุยืน อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย แต่ การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ดังกล่าว สามารถใช้แทน “ยา” ในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บได้หรือไม่ คุณหมอจะสั่ง “การออกกำลังกาย” แทน สิ่ง “ยา” ได้หรือไม่ ในโรคหรือภาวะอะไรบ้าง ?

จากการรวบรวมการศึกษาที่ดีที่สุด แบบ randomized controlled trials ที่เปรียบเทียบผลการลดการตายระหว่างการออกกำลังกาย (รวมทั้งการเคลื่อนไหวออกแรง เล่นกีฬาด้วย) และการกินยา หรือ เปรียบเทียบกับ ยาหลอก (placebo) หรือ กลุ่มเวชปฏิบัติตามปกติทั่วไป (usual care) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลทางการแพทย์จนถึงเดือน พฤษภาคม ๒๕๕๖ ได้การศึกษา meta-analysis ๑๖ การศึกษา (การออกกำลังกาย ๔ การศึกษา ส่วนยา ๑๒ การศึกษา) และการศึกษาใหม่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอีก ๓ การศึกษา รวมทั้งสิ้น สามร้อยห้าการศึกษา ในประชากร สามแสนสามหมื่นกว่าคน โดย หนึ่งแสนสี่หมื่นกว่าคน เป็นกลุ่มออกกำลังกาย ใน ๕๗ การศึกษา

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการออกกำลังกาย กับกินยาในการลดโอกาสตายของผู้ป่วย ๔ โรค พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด และ ผู้ป่วยว่าที่เบาหวาน (กำลังจะเป็นเบาหวาน) การ “กินยา” ลดโอกาสตายไม่แตกต่างจาก การ “ออกกำลังกาย” ส่วนผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต การ “ออกกำลังกาย” ลดโอกาสตายได้มากกว่า การกินยาแก้ปวดแสบแสบ และ ยาต้านเกล็ดเลือด ส่วนภาวะหัวใจล้มเหลว การกิน “ยาขับเกลือ ขับปัสสาวะ” ลดโอกาสตายได้มากกว่า “การออกกำลังกาย”

อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหรือภาวะทั้งสิ้นนี้ ให้หยุดกินยา แล้วมาออกกำลังกายอย่างเดียว แต่ให้ทำทั้งสองอย่างควบคู่กันไป โดยค่อย ๆ เริ่มการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย ที่ละน้อย ๆ จนสามารถเดินเร็วได้ โดยไม่เหนื่อยเกินครึ่งหนึ่งของการเหนื่อยที่สุดในชีวิต หลังจากนั้น อาจจะเล่นกีฬา ก็น่าจะเลือกเล่นกีฬาที่เป็นจังหวะเบา ๆ ก่อน เช่น เดินรำ ตีปิงปอง เป็นต้น จนกระทั่ง

อาการต่าง ๆ ดีขึ้น ผลตรวจและผลเลือดกลับมาปกติดี จนคุณหมอ สามารถค่อย ๆ ลดยาลงได้ และอาจจะสามารถหยุดยา ใช้ “การออกกำลังกาย” แทน “การกินยา” ต่อไปได้ (Exercise as Medicine)

การสั่ง “การออกกำลังกาย” มีหลักง่าย ๆ คือ ให้ออก ชนิด (type) ความหนัก-เบา (intensity) ระยะเวลาต่อครั้ง (time) และ ก็ครั้งต่อวัน ต่อสัปดาห์ (frequency หรือ ความถี่) เช่น เดินเร็ว (ชนิด) จนร้องเพลงไม่เพราะ(ความหนัก-เบา) ครั้งละ ๑๐ นาที (ระยะเวลาต่อครั้ง) ๓ ครั้งต่อวัน (ความถี่)

วันนี้ คุณหมอ สั่ง “การออกกำลังกาย” ให้คุณแล้วหรือยัง ?

เรื่องที่ ๕. ทำงาน “กะ” เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (Vyas MV. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. BMJ 2012;345:e4800 doi: 10.1136/bmj.e4800)

การทำงาน “กะ” (ไม่ใช่หมายถึง “กะจะทำก็ทำ ไม่กะจะทำก็ไม่ทำ”) คือ การทำงานในช่วงเวลาที่ไม่ได้เวลาทำงานปกติตอนกลางวัน โดยทั่วไประหว่าง ๘-๙ โมงเช้า ถึง ๔ ถึง ๖ โมงเย็น ซึ่งยังแบ่งออกได้เป็นหลายแบบ เช่น ทำงานกะกลางคืนทุกวัน ทำเป็นบางวัน หรือ หมุนเวียนสลับกันทำงานกลางวันบ้างกลางคืนบ้าง หรือ ทำงานตลอด ๒๔ ชั่วโมงสลับกับการพักผ่อน หรือ เวลาทำงานไม่แน่นอนแล้วแต่จะเรียก เป็นต้น

เป็นที่ทราบกันมานานว่า การทำงาน “กะ” ทำให้เวลาพักผ่อน นอนหลับ ความสมดุลของการใช้ชีวิตผิดไปจากปกติที่ควรจะเป็น แล้วคนที่ต้องทำงาน “กะ” ในรูปแบบต่าง ๆ เป็นประจำ จะส่งผลอย่างไรต่อสุขภาพ

ก่อนหน้านี้ มีการศึกษาหลายการศึกษาแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องกันของการทำงาน “กะ” กับโรคความดันสูง ไ้ไขมันผิดปกติ โรคเบาหวาน และ กลุ่มอาการอ้วนพีมี่พุง (Metabolic syndrome) แต่ผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด

การรวบรวมงานวิจัยแบบ systematic review จากการศึกษาไปข้างหน้า แบบตัดขวาง และย้อนหลัง ในชายหญิงวัยทำงาน จากฐานข้อมูลทางการแพทย์ ได้การศึกษาคุณภาพปานกลางถึงดี ๓๒ การศึกษา ในประชากร หนึ่งล้านหนึ่งหมื่นกว่าคน เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หกพันห้าร้อยกว่าคน เกิดอาการหลอดเลือดหัวใจตีบ หนึ่งหมื่นเจ็ดพันกว่าคน เกิดอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบตัน หนึ่งพันแปด



ร้อยละ ๓๒ ระหว่างการศึกษา ได้ข้อสรุปว่า ในผู้ที่ทำงาน “กะ” เพิ่มโอกาสเกิดอาการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ขึ้นร้อยละ ๓๒ (Risk ratio 1.32; 95%CI 1.07-1.63 การศึกษาไปข้างหน้า ๑๑ การศึกษา) เพิ่มโอกาสกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากหลอดเลือดหัวใจตีบตันร้อยละ ๒๓ และ เพิ่มโอกาสหลอดเลือดสมองตีบตัน อัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ ๕ เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้ทำงาน “กะ” หรือ ประชากรทั่วไป ผู้วิจัยยังได้คำนวณผลที่จะเกิดกับชาวแคนาดา ซึ่งมีคนทำงาน “กะ” ถึงร้อยละ ๓๒.๘ ของประชากรวัยทำงาน สรุปได้ว่า การทำงาน “กะ” เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสกล้ามเนื้อหัวใจในประชากร (Population attributable risk) ร้อยละ ๗ เพิ่มโอกาสเกิดอาการโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๗.๓ และ เพิ่มโอกาสอัมพาตร้อยละ ๑.๖ อย่างไรก็ตาม การทำงาน “กะ” ไม่ได้เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุก่อนวัยอันควร

สรุปว่า คนที่ทำงาน “กะ” ติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่ได้ทำให้อายุสั้นลง แต่อาจเพิ่มโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (กล้ามเนื้อหัวใจตายจากหลอดเลือดหัวใจตีบตัน อัมพฤกษ์ อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบตัน)

ถึงแม้จะเพิ่มโอกาสดังกล่าวไม่มากนักในแต่ละคน แต่เนื่องจากมีคนจำนวนมากที่ต้องทำงาน “กะ” ขนาดของปัญหาในสังคมจึงเพิ่มขึ้นมาก

อย่างไรก็ตาม คงไม่ต้องรอให้สังคม หรือ รัฐบาลมีมาตรการอะไรในการบรรเทาปัญหาสุขภาพดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน “กะ” เราในฐานะ “หมอชาวบ้าน” ก็ควรรู้วิธีดูแลตนเองให้สุขภาพดีห่างไกลจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อต้องทำงาน “กะ” เป็นประจำ

โดยการ “ใส่ใจสาม อ. บอกลา ๒ ส.” กล่าวคือ

ใส่ใจ อ. อาหารการกินที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค กินอาหารผักผลไม้เป็นหลัก ลดหวาน มัน เกลือ (โซเดียม) เนื้อสัตว์ รสจัดเกิน

ใส่ใจ อ. อิริยาบถกระฉับกระเฉง ไม่นั่ง ๆ นอน ๆ ทั้งวัน ออกกำลังกายตามโอกาสอย่างสม่ำเสมอ

ใส่ใจ อ. อารมณ์ ความเครียด อารมณ์ ซึมเศร้า โกรธเกลียด พยาบาทมาดร้ายผู้อื่น โดยการ รักษาศีลเจริญสติ สมาธิ เป็นกิจวัตร

บอกลา ส. สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผู้อื่นสูบ อยู่ในที่ ๆ อากาศบริสุทธิ์ เป็นธรรมชาติ

บอกว่า ส. สุรา แอลกอฮอล์ ของมีเนมา ยาเสพติด

นอกจากนี้ การกินอิ่มแล้วเข้านอนเลย หลังเลิกงาน ทำให้การนอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท ร่างกาย จิตใจพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงควรกินอาหารก่อนเลิกงาน เพื่อจะได้นอนหลับหลังกินอาหารอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง ส่วนใครที่ทำงาน “กะ” แล้วง่วงมาก อาจ “งีบ” สั้น ๆ ๑๕ ถึง ๒๐ นาที เป็นช่วง ๆ จะช่วยให้มีสติ สมาธิดีขึ้นในการทำงาน เป็นต้น

เวลาทำงานน่าจะเป็นเวลาแห่งความสุข เวลาแห่งการพัฒนาตนเองให้ “ดีขึ้น เก่งขึ้น สุขง่ายขึ้น”

พวกเรามาช่วยกันทำให้ เวลาทำงาน “กะ” ไม่ทำให้เราป่วยเป็นโรคที่ป้องกันได้กันเถอะ

เรื่องที่ ๒. โยคะกับการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ (Lakkireddy D.Effect of Yoga on Arrhythmia Burden, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Paroxysmal Atrial Fibrillation. The YOGA My Heart Study. J Am Coll Cardiol 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.060>)

การเต้นหัวใจผิดจังหวะที่พบบ่อยและเป็นปัญหาคุณภาพต่อสุขภาพชาวโลก ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มากที่สุดในปัจจุบัน คือ การเต้นผิดปกติอย่างรุนแรงของหัวใจห้องบน (Atrial fibrillation) นอกจากจะเพิ่มโอกาสเป็นและตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง) ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลง การรักษาภาวะการเต้นหัวใจผิดปกติอย่างรุนแรงดังกล่าว โดยการกินยา หรือการใช้ไฟฟ้าจี้ ยังไม่ได้ผลเต็มที่และยังเป็นที่น่าพอใจ วิธีการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ที่มีประโยชน์น่าจะช่วยดูแลผู้ป่วยดังกล่าวได้ดีขึ้น

เราจะรู้ได้อย่างไรว่า การเต้นหัวใจห้องบนของเราผิดปกติอย่างรุนแรงแล้วหรือยัง

คำตอบก็คือ ถ้าเราเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เป็นโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจล้มเหลว ไทรอยด์เป็นพิษ หรือผู้สูงอายุ แล้วมีอาการใจสั่น (รู้สึกหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ) ให้ลองคลำชีพจรที่ข้อมือข้างใดข้างหนึ่งว่า เต้นสม่ำเสมอหรือไม่ ถ้าคลำชีพจรที่ข้อมือ ซ้ำบ้าง เร็วบ้าง แรงบ้าง เบาบ้าง ให้สงสัยว่าเรามีการเต้นหัวใจห้องบนผิดจังหวะรุนแรง ให้รีบไปตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ ก็จะได้

วินิจฉัยได้ว่า เป็นโรคนี้หรือยัง แต่ถ้าตรวจไม่พบ คงต้องพบแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยอาการดังกล่าวอีกครั้ง  
หนึ่ง

โยคะเป็นศาสตร์โบราณของอินเดีย เป็นวิถีชีวิตที่รวมการบริหารกาย (ศีล, วินัย, ร่างกายที่  
สมดุล หรือ อาสนะ, ลมหายใจที่สงบ หรือ ปราณยามะ, การสำรวมอินทรีย์) กับการบริหารใจ (การเพ่งจ้อง,  
ญาณ, เพื่อเข้าสู่สภาวะจิตสูงสุดที่เรียกว่า สมาธิ) มีการศึกษาว่า โยคะช่วยจัดสมดุลให้กับระบบประสาท  
ของการทำงานของหัวใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเต้นของหัวใจโดยตรง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษามาก่อน  
ว่า การฝึกโยคะจะช่วยให้ผู้ป่วยการเต้นหัวใจผิดปกติรุนแรงดังกล่าว ลดการเกิดซ้ำ ความรุนแรงของโรค  
รวมทั้งภาวะความเครียดทางใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหรือไม่

การศึกษาที่ชื่อว่า โยคะกับหัวใจของฉัน (YOGA My Heart Study) เป็นการศึกษาเบื้องต้น  
ในผู้ป่วยชาวอเมริกัน ที่มีอาการจากการเต้นหัวใจห้องบนผิดปกติรุนแรงชั่วคราว (Paroxysmal atrial  
fibrillation) จำนวน ๔๙ คน (ชาย ๒๓ หญิง ๒๖ คน อายุเฉลี่ย ๖๐.๖ ปี) เพื่อดูเปรียบเทียบจำนวนครั้งการ  
เกิดอาการทางหัวใจดังกล่าว ภาวะจิตใจและคุณภาพชีวิต ก่อนฝึกโยคะ ๓ เดือน กับ หลังการฝึกโยคะ  
(สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ๆ ละ ๑ ชั่วโมง เป็นเวลา ๓ เดือน) พบว่า จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเกิดอาการเต้นหัวใจ  
ผิดปกติรุนแรงดังกล่าว ลดลงจาก ๓.๘ เป็น ๒.๑ ครั้ง ลดอาการไม่สบายที่ไม่ได้เกิดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ  
จาก ๒.๙ เป็น ๑.๔ ประมาณ ๑ ใน ๕ ของผู้ป่วยที่ตรวจพบมีการเต้นหัวใจผิดจังหวะรุนแรงในช่วง ๓ เดือน  
ก่อนฝึกโยคะ ตรวจไม่พบการเต้นหัวใจผิดปกติดังกล่าวระหว่างช่วง ๓ เดือนที่ฝึกโยคะ ผู้ป่วยดังกล่าว ยัง  
พบมีการเต้นหัวใจ ความดันเลือดลดลงอย่างชัดเจน ๓ เดือนหลังฝึกโยคะเป็นประจำ นอกจากนี้  
ความเครียด ความกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการฝึกโยคะก็ดีขึ้น  
ด้วยเช่นกัน

สรุปว่า ใครที่คุณหมอนิยามว่าเป็น การเต้นหัวใจห้องบนผิดปกติอย่างรุนแรงชั่วคราว  
(เป็น ๆ หาย ๆ อยู่) นอกจากควรกินยาและทำตามคำแนะนำของแพทย์ การฝึกโยคะเป็นประจำ สัปดาห์ละ  
๒ ครั้ง ๆ ละ ๑ ชั่วโมง น่าจะช่วยลดอาการการเต้นหัวใจผิดจังหวะดังกล่าวได้ และยังได้ความสบาย  
ใจแถมอีกด้วย แต่ที่สำคัญคือ ควรจะฝึกโยคะกับครูโยคะ ที่มีมาตรฐานรับรองจากองค์กรรัฐ หรือองค์กร  
การศึกษา และมีประสบการณ์การฝึกสอน เป็นที่นับถือของสังคม (เช่น สถาบันโยคะวิชาการ มูลนิธิหมอ  
ชาวบ้าน เป็นต้น)

สรุปว่า องค์ความรู้ในการป้องกันและฟื้นฟูโรคหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้สมบูรณ์มากขึ้นเรื่อย ๆ จึงควรที่ผู้ให้บริการฟื้นฟูหัวใจและป้องกันโรคจะต้องติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อปรับใช้องค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจให้มีสุขภาพดีตลอดไป

## เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Organization. Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with coronary heart disease. Geneva, Switzerland: World Heart Organization Regional Office for Europe; 1993.
2. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, McGee H, Mendes M, Niebauer J, Zwisler AD, Schmid JP. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:1–17.
3. Mosca L, Benjamin EF, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women 2011 Update: A guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011; DOI: 10.1161/CIR.0b013e31820faaf8.
4. Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Circulation* 2011; DOI: 10.1161/CIR.0b013e318235eb4d.
5. Heran BS, Chen JMH, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD001800. DOI: 10.1002/14651858.CD001800.pub2.
6. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
7. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Endorsed by the American Association of Cardiovascular and

Pulmonary Rehabilitation, American Pharmacists Association, American Society for Nutrition, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, Association of Black Cardiologists, National Lipid Association, Preventive Cardiovascular Nurses Association, and Women Heart: The National Coalition for Women with Heart Disease. *Circulation* 2013. <http://circ.ahajournals.org> DOI: 10.1161/01.cir.0000437740.48606.d1.

8. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjanason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17:1–17.
- 9.