

การรักษาภาวะอ้วนในปัจจุบัน

วีระเดช พิศประเสริฐ

สาขาวิชาโภชนาการคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาวะอ้วนคือภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากเกินไปจนผิดปกติ ในทางเวชปฏิบัติภาวะอ้วนสามารถวินิจฉัยโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย สำหรับคนไทยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน และดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ถือว่ามีภาวะอ้วน¹ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552² พบในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของภาวะอ้วนร้อยละ 34.7 ภาวะอ้วนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้หลายระบบ อวัยวะในร่างกาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน (ดัดแปลงจาก WHO 1998³)

เพิ่มขึ้นมาก (ความเสี่ยงสัมพัทธ์ ≥ 3)	เพิ่มขึ้นปานกลาง (ความเสี่ยงสัมพัทธ์ 2-3)	เพิ่มขึ้นจากปกติเล็กน้อย (ความเสี่ยงสัมพัทธ์ 1-2)
เบาหวานชนิดที่ 2	โรคหลอดเลือดแดงแข็ง	มะเร็งเต้านม มะเร็งโพรงมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่
ไขมันในเลือดผิดปกติ	ความดันโลหิตสูง	ฮอริโมนเพศผิดปกติ
ภาวะเมตาบอลิก	ข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม	ภาวะถุงน้ำรังไข่ในสตรี
นิ่วในถุงน้ำดี	กรดยูริกในเลือดสูงและเก๊าต์	มีบุตรยาก
ภาวะหยุดหายใจกลางคืน		ปวดเข่า
		เพิ่มความเสี่ยงต่อการดมยาสลบตา
		พิการจากมารดาที่มีภาวะอ้วน

การลดน้ำหนักมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า น้ำหนักที่ลดลงร้อยละ 5 – 10 มีส่วนช่วยในการควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้³ การลดน้ำหนักสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งรวมทั้งการควบคุมอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การใช้อาหารลดน้ำหนัก และการผ่าตัด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักเป็นสิ่งที่ต้องทำในผู้ป่วยภาวะอ้วนทุกราย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ/หรือกิจกรรมทางกายนำไปสู่การลดน้ำหนักและลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายให้เหมาะสม การติดตามน้ำหนักตัวและพฤติกรรมของตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม



อาหารที่เหมาะสมสำหรับการลดน้ำหนัก คืออาหารพลังงานต่ำ (low calories diet; LCD) ซึ่งมีพลังงานลดลง 500 – 1,000 กิโลแคลอรีจากอาหารปกติ หรือโดยทั่วไปหมายถึงอาหารที่ให้พลังงาน 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน³ ในบางรายที่จำเป็นต้องลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วในช่วงแรกอาจพิจารณาใช้อาหารพลังงานต่ำมาก (very low calories diet; VLCD) ซึ่งมีพลังงาน 800 กิโลแคลอรีต่อวัน⁴ อย่างไรก็ตามอาหารพลังงานต่ำมากอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้มาก เช่น ร่างกายเสียสมดุลกรดด่างและเกลือแร่ จึงควรอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้อาหารพลังงานต่ำและอาหารพลังงานต่ำมาก ให้ผลในการลดน้ำหนักระยะยาวไม่แตกต่างกัน⁵

อาหารพลังงานต่ำควรมีสัดส่วนที่เหมาะสมคือลดไขมันอิ่มตัว (saturated fat) น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด และมีคอเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน รวมทั้งมีโปรตีนเพียงพอคือประมาณร้อยละ 15 ของพลังงานทั้งหมด และพิจารณารับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้รับวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารอย่างเพียงพอ

การเพิ่มกิจกรรมทางกายโดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อระหว่างการลดน้ำหนัก รวมทั้งเพิ่มการเผาผลาญพลังงานซึ่งช่วยลดน้ำหนักได้ การออกกำลังกายควรเริ่มช้าๆ และค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและความรุนแรงจนถึงเป้าหมายคือ การออกกำลังกายระดับปานกลาง (เช่น การเดินเร็ว) 150–200 นาทีต่อสัปดาห์

ยาลดน้ำหนัก

หากผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือเกิน 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตรร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเวลา 6 เดือนแล้วไม่ได้ผล อาจพิจารณาใช้ยาลดน้ำหนัก อย่างไรก็ตามการใช้ยาลดน้ำหนักต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่าย ปัจจุบันยังไม่มียาลดน้ำหนักตัวใดจัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย

ปัจจุบันมียาลดน้ำหนักที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US food and drug administration; US FDA) 4 ชนิด ได้แก่

1) ยากลุ่ม noradrenergic⁶ ได้แก่ phentermine, diethylpropion, phendimetrazine และ benzphetamine

ยากลุ่มนี้จะกระตุ้นการหลั่งสาร noradrenaline ในสมองบริเวณไฮโปทาลามัส ส่งผลลดความอยากอาหาร ผลข้างเคียงได้แก่ ใจสั่น ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ปากแห้ง คอแห้ง และท้องผูก ยากลุ่มนี้ที่ใช้มากที่สุดคือ phentermine โดยขนาดที่แนะนำคือ 15 – 37.5 มิลลิกรัมต่อวัน โดยให้วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า หรือไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังอาหาร จาก meta-analysis พบว่าการใช้ยา phentermine สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 3.6 กิโลกรัม ที่ 6 เดือน⁷ อย่างไรก็ตามองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริการับรองการใช้ยากลุ่มนี้ในระยะสั้น เพียง 3 เดือน เนื่องจากเสี่ยงต่อการติดยา

2) Orlistat⁸ เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในทางเดินอาหาร โดยจับกับ gastric, carboxylester, lipoprotein และ pancreatic lipases ทำให้การย่อยและการดูดซึมไขมันลดลง ผลข้างเคียงได้แก่ ท้องอืด ถ่ายเหลว ถ่ายเป็นมัน ผายลมบ่อย กลั้นอุจจาระไม่ได้ ในระยะยาวมีโอกาสเกิดภาวะขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน นอกจากนี้ยังมีรายงานตีบตันทางเดินปอดที่เกิดจากการใช้ยานี้ ขนาดที่แนะนำคือ 120 มิลลิกรัม วันละ 2 - 3 ครั้งพร้อมอาหาร จาก meta-analysis⁹ พบว่าการใช้ยา orlistat สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 2.7 กิโลกรัม ที่ 1 ปี⁷ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริการับรองการใช้ยา orlistat ได้ในระยะยาว

3) การใช้ phentermine extended release ร่วมกับ topiramate extended release มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดผลข้างเคียง เนื่องจากการใช้ยาผสมจะใช้ปริมาณยาแต่ละตัวลดลง topiramate เป็นยากันชักและใช้ในการป้องกันปวดศีรษะไมเกรน นอกจากนั้นยังมีผลทำให้เบื่ออาหาร ผลข้างเคียงอื่นคือทำให้เกิดอาการชา ขาดสมาธิ ซึมเศร้า ความจำเสื่อม เมื่อนำมาใช้ร่วมกับ phentermine พบว่าลดน้ำหนักได้ การศึกษาพบว่าการใช้ยาทั้งสองในขนาดต่างๆ สามารถลดน้ำหนักได้ร้อยละ 5.9 ถึงร้อยละ 10.9 ที่ 1 ปี^{10,11} และร้อยละ 9.3 ถึงร้อยละ 10.5 ที่ 2 ปี¹² แม้ว่าองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริการับรองการใช้ยา phentermine extended release ร่วมกับ topiramate extended release ในการลดน้ำหนักแล้ว แต่ยารวมดังกล่าวยังไม่มีในประเทศไทย

4) Lorcaserin เป็นยาอีกตัวหนึ่งที่ได้การรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในการลดน้ำหนัก โดยออกฤทธิ์ที่ serotonin-2c receptor ซึ่งส่งผลให้ลด



ความอยากอาหารเช่นเดียวกัน ยานี้ยังมีผลดีคือช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ขึ้น อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลต่ำสูงขึ้นเช่นกัน ผลข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปากแห้ง ท้องผูก ขนาดที่แนะนำคือ 10 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง การศึกษาพบว่า lorcaserin ขนาดดังกล่าว ช่วยลดน้ำหนักได้ ร้อยละ 4.5 ถึงร้อยละ 5.8 ที่ 1 ปี¹³⁻¹⁵ ยานี้ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย

นอกจากนี้ยังมียาอีกหลายตัวที่อยู่ระหว่างการศึกษาดังเช่น leptin, neuropeptide Y receptor antagonist, ยารวมระหว่าง naltrexone และ bupropion เป็นต้น

การผ่าตัดลดน้ำหนัก

การผ่าตัดลดน้ำหนัก (bariatric surgery) เป็นวิธีการรักษาภาวะอ้วนอีกวิธีหนึ่งสำหรับผู้ที่ดัชนีมวลกายเกิน 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือเกิน 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน³ อย่างไรก็ตามสำหรับคนเอเชียซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วนได้ในระดับดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าชาวตะวันตก ผู้เชี่ยวชาญบางท่านอาจพิจารณาการผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยอ้วนที่มีดัชนีมวลกายเกิน 37.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือเกิน 32.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตรร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน¹⁶⁻¹⁸ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดควรพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล เทคนิคการผ่าตัดลดความอ้วนแบ่งได้ 2 กลุ่มใหญ่¹⁹ คือ

1) การผ่าตัดเพื่อลดขนาดกระเพาะอาหาร (restrictive procedure) ได้แก่ vertical-banded gastroplasty (VBG), gastric sleeve resection, gastric banding เทคนิคเหล่านี้จะทำให้กระเพาะอาหารมีปริมาตรลดลงร่วมกับทางออกแคบทำให้ผู้ป่วยอิ่มเร็วขึ้นแม้รับประทานอาหารเพียงเล็กน้อย เทคนิคเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดเพื่อลดการดูดซึมอาหาร

2) การผ่าตัดเพื่อลดการดูดซึมอาหาร (malabsorptive procedure) ได้แก่ biliopancreatic diversion (BPD), biliopancreatic diversion with duodenal switch (BPD-DS) และ roux-en-y gastric bypass (RYGB) ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีลำไส้เล็กที่ทำงานได้สั้นลงเปรียบเสมือนภาวะลำไส้สั้น (short bowel syndrome) ซึ่งส่งผลลดการดูดซึมอาหารและทำให้น้ำหนักลดได้

จาก meta-analysis พบว่าการผ่าตัดสามารถช่วยลดน้ำหนักส่วนเกินได้โดยเฉลี่ย ร้อยละ 61.2²⁰ โดย gastric band-

ing ลดน้ำหนักได้ร้อยละ 47.5 gastric bypass ลดน้ำหนักได้ร้อยละ 61.6 gastroplasty ลดน้ำหนักได้ร้อยละ 68.2 และ biliopancreatic diversion ลดน้ำหนักได้ร้อยละ 70.1 อย่างไรก็ตามวิธีที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากที่สุด ผลแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (venous thromboembolism), รอยผ่าตัดรั่ว (anastomotic leakage), ภาวะเลือดออก, แผลติดเชื้อ, ไล่เลื่อน, ลำไส้อุดตัน, นิ่วในถุงน้ำดี รวมทั้งภาวะขาดวิตามินบางชนิด

สรุป

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติ เนื่องจากพบได้เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน และเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนในทุกระบบของร่างกาย การรักษาสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาหารและออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังอาจใช้ยาลดน้ำหนักและการผ่าตัดในบางกรณี ซึ่งต้องพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งในแง่ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ผลข้างเคียง รวมถึงค่าใช้จ่าย แม้ว่าปัจจุบันวิทยาการรักษาภาวะอ้วนจะเจริญก้าวหน้าขึ้น อย่างไรก็ตามการป้องกันภาวะอ้วนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. The Western Pacific Region, World Health Organization, International Associates for the study of obesity, International Obesity Task Force. The Asia-Pacific Perspective: redefining obesity and its treatment. Melbourne: Health Communications Australia, 2000.
2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 โดย นายแพทย์วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. เดอะกราฟฟิโกซิสเต็มส์จำกัดถนนพสุธา 2553: หน้า 127-134.
3. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute: Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, 1998.
4. Mustajoki P and Pekkarinen T. Very low energy diets in the treatment of obesity. Obesity review 2001; 2: 61-72.
5. Wadden TA, Foster GD, and Letizia KA. One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. J Consult Clin Psychol 1994; 62: 165-71.



6. Dickerson LM, Carek PJ. Pharmacotherapy for the obese patient. *Prim Care Clin Office Pract* 2009; 36: 407-15.
7. Li Z, Maglione M, Wenli T, et al. Meta-analysis: pharmacological treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005; 142: 532-46.
8. Bray GA, Ryan DH. Medical therapy for the patient with obesity. *Circulation* 2012; 125: 1695-703.
9. Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DC. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ* 2007; 335: 1194-9.
10. Allison DB, Gadde KM, William Timothy Garvey WT, et al. Controlled-release phentermine/topiramate in severely obese adults: a randomized controlled trial (EQUIP). *Obesity* 2011; 20: 330-42.
11. Gadde KM, Allison DB, Ryan DH, et al. Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2011; 377: 41-1352.
12. Garvey WT, Ryan DH, Look M, Gadde KM, Allison DB, Peterson CA, et al. Two-year sustained weight loss and metabolic benefits with controlled-release phentermine/topiramate in obese and overweight adults (SEQUEL): a randomized, placebo-controlled, phase 3 extension study. *Am J Clin Nutr* 2012; 95: 297-308.
13. Smith SR, Weissman NJ, Anderson CM, et al. Multicenter, placebo-controlled trial of lorcaserin for weight management. *N Engl J Med* 2010; 363(3): 245-56.
14. Fidler MC, Sanchez M, Raether B, et al. A one-year randomized trial of lorcaserin for weight loss in obese and overweight adults: the BLOSSOM trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(10): 3067-77.
15. O'Neil PM, Smith SR, Weissman NJ, et al. Randomized placebo-controlled clinical trial of lorcaserin for weight loss in type 2 diabetes mellitus: the BLOOM-DM study. *Obesity (Silver Spring)* 2012; 20(7): 1426-36.
16. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004; 363: 157-63.
17. Lee WJ, Wang W. Bariatric surgery: Asia-Pacific perspective. *Obes Surg* 2005; 15(6): 751-757.
18. Lakdawala M, Bhasker A. Report: Asian consensus meeting on metabolic surgery. Recommendations for the use of bariatric and gastrointestinal metabolic surgery for treatment of obesity and type II diabetes mellitus in the Asian population: August 9th and 10th, 2008, Trivandrum, India. *Obes Surg* 2010; 20(7): 929-36.
19. Yurcisin BM, Gaddor MM, DeMaria EJ. Obesity and bariatric surgery. *Clin Chest Med* 2009; 30: 539-53.
20. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery: a systemic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-37.