



โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

Nutrition Therapy for Patient with Parkinson Disease

ลักขณา ไชยมงคล

Laksana Chaimongkol

ภาควิชาวิทยาศาสตร์การอาหารและโภชนาการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

Department of Food Science and Nutrition Faculty of Science and Technology Prince of Songkla University, Pattani campus,

Muang, Pattani, 94000. Thailand

Corresponding Author, e-mail: laksana.c@psu.ac.th

บทคัดย่อ

อาหารนับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิต และการมีอายุยืนยาวของผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน หากผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีภาวะโภชนาการดี ช่วยให้ยาที่รับประทานดูดซึมได้ดี หรือแม้กระทั่งช่วยบรรเทาอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสันได้ เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายอาจจะมีปัญหาทางโภชนาการที่แตกต่างกันไป ในบทความนี้ได้นำเสนอแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยๆ ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 5 เรื่อง ด้วยกัน คือ 1) แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ 2) แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพของยาเลโวโดปาในการรักษา 3) แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4) แนวทางการบริโภคอาหารในภาวะที่กลืนลำบาก 5) แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อแก้ปัญหาท้องผูก

คำสำคัญ : โภชนบำบัด โรคพาร์กินสัน ความเสื่อมของระบบประสาท

Abstract

Diet is recognized as a key factor for patients living with Parkinson disease to have good quality of life and long living. If they have proper nutrition practices, they could have good nutritional status, optimized medication utilization, including relief of related complications. According to various complications occurred in patients with Parkinson, this article provides the recommendations for 5 particular complications which are 1) prevention and control malnutrition problem, 2) dietary practice to promote efficacy of medicine (levodopa), 3) techniques to relief nausea and vomiting, 4) approaches to deal with dysphagia, and 5) means to relief constipation.

Keywords: Nutrition therapy, Parkinson disease, Neurodegeneration

บทนำ

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของระบบประสาท เซลล์ประสาทมีการผลิตโดปามีนลดลง (Loss of dopaminergic neuron) ซึ่งมักจะพบในผู้ที่มีอายุมาก เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ในปัจจุบันนี้ ได้มีข้อมูลการศึกษาที่ชี้ว่า

โภชนาการอาจจะเป็นปัจจัยที่มีส่วนต่อการเกิดโรคพาร์กินสันได้ โดยสารอาหารบางอย่างอาจจะมีผลทำให้มีการทำลายของระบบประสาทเพิ่มขึ้น ในขณะที่สารอาหารบางอย่างอาจจะมีผลต่อการชะลอการสูญเสียของระบบประสาทได้ (Kones, 2010; Seidl, Santiago, Bilyk, et al, 2014; Erro, Brigo, Tamburin, et al, 2018)

แม้ว่าอาหารจะไม่มีสรรพคุณในการรักษาโรคพาร์กินสันให้หายได้ แต่อาหารก็นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิต และการมีอายุยืนยาวของผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน การขาดสารอาหารทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อไม่มีแรง อันจะไปทวีความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรตีนในอาหารกับยาในกลุ่มลีโวโดปา (levodopa) ที่เกิดขึ้นในทางเดินอาหารส่งผลให้การดูดซึมยาลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของยาในการรักษาโรคลดลง หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาคลื่นไส้ อาเจียนอันเป็นผลจากอาการข้างเคียงของยาบางชนิด หรือผู้ป่วยบางรายในระยะท้ายจะมีปัญหาเรื่องการกลืน หรือบางรายอาจจะมีปัญหาเรื่องท้องผูก 3-4 วันถึงจะถ่ายอุจจาระสักครั้ง เนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติบกพร่อง ทำให้การบีบตัวของลำไส้ผิดปกติ (Parkinson's Disease Society, 2008) ฉะนั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีภาวะโภชนาการดี ช่วยให้ยาที่รับประทานดูดซึมได้ดี หรือแม้กระทั่งช่วยบรรเทาอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสันได้

ผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายอาจจะมีปัญหาทางโภชนาการที่แตกต่างกันไป ดังนั้นจึงขอเสนอแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ใน 5 เรื่อง ด้วยกัน คือ 1) แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ 2) แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพของยาในการรักษา 3) แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4) แนวทางการบริโภคอาหารในภาวะที่กลืนลำบาก 5) แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อแก้ปัญหาท้องผูก

แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ

ผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันมักมีอาการสำคัญ คือ อาการสั่นขณะพัก (Resting tremor) การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง (Bradykinesia) ร่างกายมีสภาพแข็งเกร็ง (Rigidity) และการทรงตัวขาดความสมดุล (Postural instability) ซึ่งอาการเหล่านี้ประกอบกับผลข้างเคียงของการใช้ยาในกลุ่มโดปามีนในระยะยาว ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรง (Severe disability) ในที่สุด ซึ่งรบกวนการกิน การอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งความบกพร่องในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น มีภาวะกลืนลำบาก ความผิดปกติของการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อิ่มเร็ว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยกินอาหารได้น้อยลง หรือ รู้สึกไม่เจริญอาหาร มีหลายการศึกษาที่พบว่าภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับโรคความเสื่อมทางสมอง (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ เป็นประเด็นที่สำคัญ การมีภาวะโภชนาการดียังเป็นปัจจัยช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อีกด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีดังนี้

1. การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ควรได้รับการติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเป็นระยะ เพื่อการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันอาจจะประสบกับปัญหาทุพโภชนาการได้ทั้งในลักษณะน้ำหนักตัวลดและน้ำหนักตัวเกิน

ภาวะน้ำหนักตัวลดลง โดยเฉพาะการสูญเสียมวลไขมัน (Fat mass loss) เชื่อว่าเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเริ่มเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นพาร์กินสัน อาจจะพบว่าภาวะน้ำหนักลดลงไปมากจนเกิดอาการแสดงของการขาดสารอาหารอย่างเห็นได้ชัด (Overt undernutrition) เมื่อภาวะโรครุนแรงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีอัตราการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น (Energy expenditure) จากภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการ Rigidity และ Bradykinesia ร่วมกับปัญหาจากการเคลื่อนไหวลำบากทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการจัดหาอาหาร หรือการรับประทานอาหาร รวมไปถึงภาวะโรคที่รบกวนจิตใจ ไม่อยากอาหาร ส่งผลให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอได้ (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009) ดังนั้นการประเมินพฤติกรรม

การบริโภคอาหาร และการได้รับสนับสนุนหรือการดูแล เป็นประเด็นที่ควรจะมีการประเมินร่วมด้วยกับการประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

ในส่วนของภาวะน้ำหนักเกินจะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (ร่างกายมีกิจกรรมการใช้พลังงานลดลง) หรือผลของยาตีโวโดปา ทำให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นและมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน และโกรทฮอร์โมน ภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยพาร์กินสันอาจพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติของไขมัน (Dyslipidemia) ภาวะความดันโลหิตสูง (Arterial hypertension) และความผิดปกติในการควบคุมน้ำตาลในเลือด (impaired glucose control) ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ควรจะมีการติดตามภาวะไขมันและน้ำตาลในเลือดด้วย (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009)

การประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ สามารถทำได้ง่าย ๆ โดยการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย แล้วนำค่าที่ได้ไปเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

$$\text{สูตรคำนวณ ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{(\text{ส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร})^2}$$

ถ้าน้ำหนักที่ได้น้อยกว่า 18.5 กก./ตร.ม.	แสดงว่า ผอม
18.5 – 22.9 กก./ตร.ม.	แสดงว่า น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์
23.0 – 24.9 กก./ตร.ม.	แสดงว่า น้ำหนักเกิน
มากกว่า 25 กก./ตร.ม.	แสดงว่า เป็นโรคอ้วน

เมื่อทราบแล้วว่า น้ำหนักตัวในปัจจุบันอยู่ในระดับใด ผู้ป่วยก็ควรจะเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมที่จะรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในภาวะปกติ ดังนั้น จึงขอแนะนำว่า ผู้ป่วยควรจะชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำ อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ

2. การได้รับอาหารสมดุล (well-balanced diet) หลากหลาย และมีผัก ผลไม้เพียงพอ

มีการศึกษาที่บ่งชี้ว่า การได้รับอาหารสมดุลไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นเพียงพอกับความ ต้องการ ส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่ดีแล้ว ยังพบว่า อาหารสมดุล มีความหลากหลายของอาหารที่รับประทาน อุดมไปด้วยผักและผลไม้ และการได้รับกรดไขมันชนิดโอเมก้า-3 (Ω-3 fatty acids) ชา กาแฟ และไวน์ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นปัจจัยป้องกันการเสื่อมของระบบประสาทได้ (Seidl, Santiago, Bilyk, et al, 2014)

ในแต่ละวันร่างกายต้องได้รับสารอาหารให้ครบทั้ง 6 ชนิด ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เพื่อให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ มีกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอด้วย

อาหารต่างๆ ประกอบไปด้วยสารอาหารที่แตกต่างกันทั้งชนิด และปริมาณ เราจะทราบได้อย่างรวดเร็ว ในหนึ่งวัน เราได้รับสารอาหารครบทุกชนิดแล้ว คำตอบก็คือ หากรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และแต่ละหมู่ให้หลากหลาย ได้รับการยอมรับเป็นแนวทางที่ทำให้เราได้รับสารอาหารโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ ครบถ้วน เนื่องจาก ในการจัดกลุ่มอาหารเป็น 5 หมู่ นั้น ได้พิจารณาจากชนิดและปริมาณของสารอาหารที่เป็นองค์ประกอบหลักในอาหารนั้นๆ ทำให้อาหารในแต่ละหมู่เป็นแหล่งของสารอาหารต่างกัน ดังนี้

หมู่ที่ 1 เป็นอาหารประเภทเนื้อสัตว์ นม ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง อาหารในหมู่นี้เป็นแหล่งของสารอาหารโปรตีนเป็นสำคัญ และมีวิตามิน เกลือแร่บางชนิด

หมู่ที่ 2 เป็นอาหารประเภทข้าว แป้ง เผือก มัน และน้ำตาล อาหารในหมู่นี้เป็นแหล่งสารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นสำคัญ และมีวิตามิน เกลือแร่บางชนิดพอสมควร



หมู่ที่ 3 เป็นอาหารประเภทพืช ผักต่างๆ อาหารในหมู่นี้เป็นแหล่งของวิตามิน ไออาอาหาร และเกลือแร่บางชนิด เป็นสำคัญ
หมู่ที่ 4 เป็นอาหารประเภทผลไม้ต่างๆ อาหารในหมู่นี้เป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรต ไออาอาหาร และวิตามิน เกลือแร่เป็นสำคัญ
หมู่ที่ 5 ประกอบด้วยไขมัน และน้ำมัน เป็นแหล่งของไขมัน

ในการเลือกอาหารมารับประทาน นอกจากจะคำนึงถึงจำนวนหมู่อาหารที่ได้รับแล้ว ชนิดอาหารที่เลือกในแต่ละหมู่ก็มีความสำคัญกับสุขภาพอีกด้วย โดยขอแนะนำไว้ดังนี้ คือ อาหารในหมู่ที่ 2 แนะนำให้เลือกผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการขัดสีให้น้อยที่สุด เนื่องจาก จะได้รับไออาอาหาร และวิตามินมากกว่าผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการขัดสี สำหรับเนื้อสัตว์ต่างๆ แนะนำให้เลือกปลาเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ สลัดกับถั่วเมล็ดแห้ง ปลาเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันต่ำ สำหรับนม จัดเป็นแหล่งที่ดีของแคลเซียม ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก พืช ผักต่าง ๆ รับประทานได้ไม่จำกัด สำหรับผลไม้ควรเลือกผลไม้ที่ไม่หวานมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และที่สำคัญการเลือกกินอาหารให้หลากหลาย จะช่วยให้มีโอกาสได้รับสารอาหารที่หลากหลาย ครบถ้วน เพียงพอ และยังช่วยลดการได้รับสารพิษต่างๆ จากอาหารได้ (ลักษณะ, 2542)

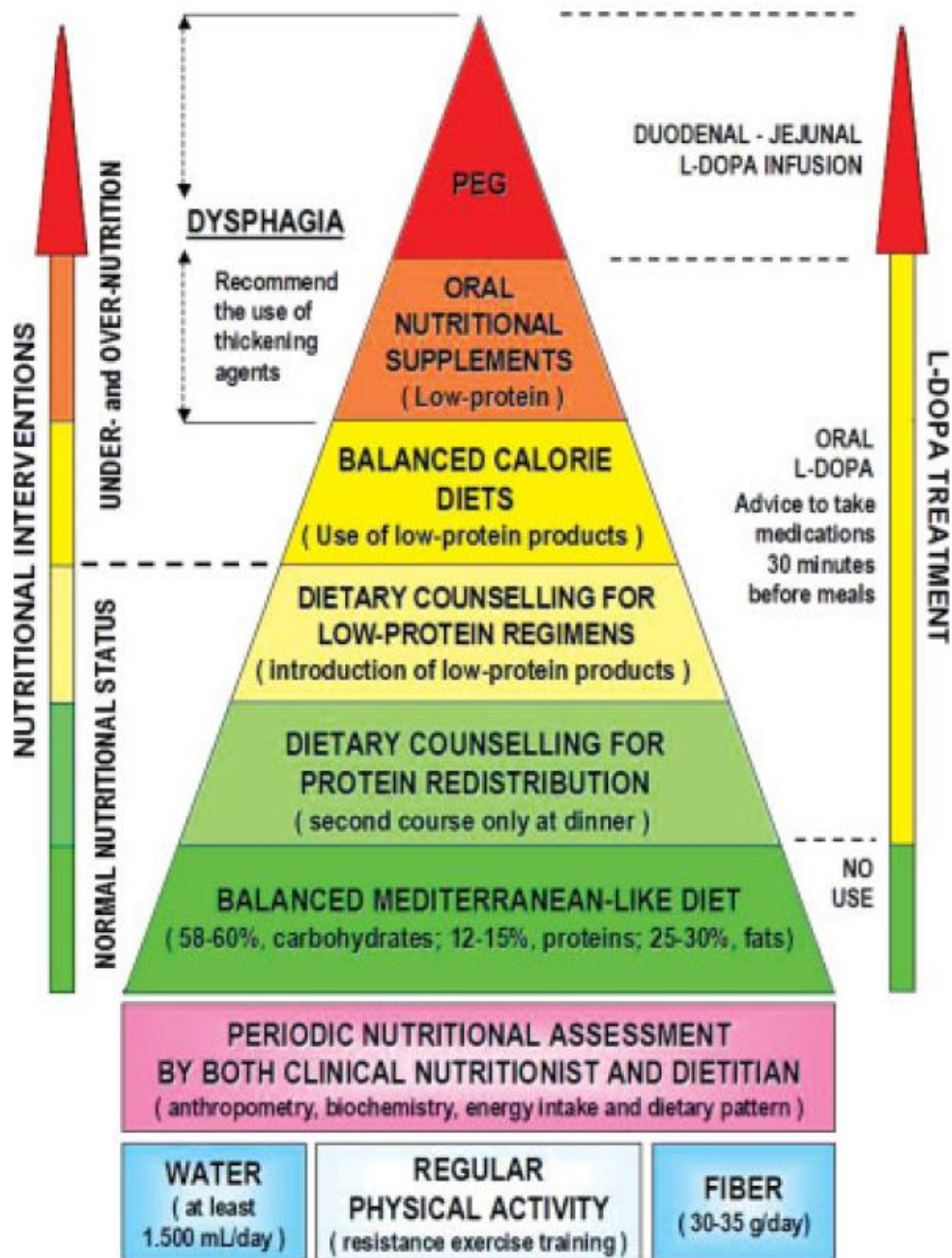
หลักเลี่ยงการรับประทานอาหารที่หวานจัด และเค็มจัด อาหารที่มีรสหวานจัด เป็นอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบอยู่มาก ทำให้อ้วนได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานน้ำตาลมาก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ด้วย ส่วนอาหารที่มีรสเค็มจัด มีส่วนประกอบที่มีโซเดียมมาก โดยมีการศึกษาที่ยืนยันแน่ชัดว่า การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ได้มีการศึกษาพบว่า อาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งเป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่มีลักษณะดังนี้ คือ ใช้น้ำมันมะกอก เน้นการรับประทานถั่วต่างๆ (Legumes & nuts) ผัก ผลไม้ รับประทานเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ น้อย เน้นการรับประทานปลาและสัตว์ปีก อาหารลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการลดลงของ biomarkers ของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ลดภาวะ stroke เบาหวาน และลดการฝ่อของสมอง (Erro, Brigo, Tamburin, et al, 2018) ดังนั้นการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน อาจจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันได้

นอกจากนี้ ควรรับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน การรับประทานอาหารมิใช่เป็นการนำอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างเดียว บางครั้งถ้าเราไม่ระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร อาหารก็อาจเป็นพาหนะนำอันตรายที่เรา มองไม่เห็นเข้าสู่ร่างกายได้ การปนเปื้อนของอาหารอาจมีได้หลายลักษณะ ได้แก่ จากเชื้อโรค พยาธิต่าง ๆ สารเคมีที่เป็นพิษ หรือโลหะหนักที่เป็นอันตราย ฉะนั้นจะต้องให้ความสำคัญให้มากกับการเลือกอาหารที่สะอาดมาบริโภค โดยขอแนะนำหลักง่ายๆ 3 ข้อ คือ เลือกรับประทานอาหารที่ใหม่ สด มีกลิ่น สีสรรตามธรรมชาติ ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีเครื่องหมายรับรองคุณภาพ อาหารปรุงสุกโดยใช้ความร้อน เลือกซื้ออาหารสำเร็จจากร้าน หรือแผงลอยที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ

แอลกอฮอล์เป็นสารที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์กดสมองศูนย์ควบคุมสติสัมปชัญญะ ทำให้ขาดสติ เสี่ยงการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานลดลง แต่อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ไวน์ หรือ เบียร์ ในปริมาณน้อยๆ ถึงปานกลาง (moderate drinks) พบว่าลดความเสี่ยงต่อโรคพาร์กินสัน ได้มีการศึกษาพบว่าสาร Resveratrol และ quercetin ในไวน์แดงอาจจะมีฤทธิ์ลดการทำลายของระบบประสาท ช่วยป้องกันโรคพาร์กินสัน แต่อย่างไรก็ตาม การดื่มหนักเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคพาร์กินสัน (Seidl, Santiago, Bilyk, et al, 2014) ดังนั้นการดื่มเบียร์หรือไวน์ในปริมาณน้อยๆ สำหรับผู้ป่วยพาร์กินสันไม่น่าจะเป็นข้อห้าม อาจจะมีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเข้าถึงคมหรือช่วยกระตุ้นความอยากอาหารสำหรับผู้ป่วยบางราย

พยาธิสภาพของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยส่งผลต่อภาวะโภชนาการแตกต่างกันไป จึงได้มีการนำเสนอข้อแนะนำในการให้โภชนาบำบัดผู้ป่วยพาร์กินสันในแต่ละระยะ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปิระมิดแนวทางการให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสันในระยะต่างๆ

ที่มา: Barichella, Cereda and Pezzoli (2009)

คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักน้อย

ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์หรือผอม ควรจะบริโภคอาหารให้มีปริมาณมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อเพิ่มน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์

1. รับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ และเพิ่มมื้อว่างระหว่างมื้ออีก 2-3 มื้อ เพื่อให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น โดยอาหารว่าง อาจจะเป็นขนม หรือเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง เช่น นม โอวัลติน น้ำผลไม้ปั่น เป็นต้น



2. เลือกอาหารที่มีพลังงานสูงมาใช้ในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันพืช กะทิ นมครบส่วน เนย น้ำผึ้ง น้ำตาล คริม ซ็อกโกเลต เป็นต้น

3. การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหารได้

4. จัดบรรยากาศการรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่เร่งรีบ

คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน

ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรจำกัดปริมาณอาหารลง โดยเฉพาะอาหารในหมู่ที่ 2 คือข้าว แป้ง น้ำตาล และ หมู่ที่ 5 คือ ไขมันและน้ำมัน

1. หลีกเลี่ยงอาหารทอด เลือกใช้วิธีการนึ่ง ต้ม ปิ้งย่าง ในการปรุงอาหาร

2. ลดปริมาณ และความถี่ของการขนม เบเกอรี่ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล หรือ ซ็อกโกเลต

3. รับประทานอาหาร 3 มื้อหลัก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจุบจิบ

4. ออกกำลังกายตามกำลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมประสิทธิผลของยาในการรักษา

กรดอะมิโนที่เป็นกลาง (neutral amino acids) และ L-dopa ใช้ช่องทางเดียวกันในการดูดซึมที่ลำไส้เล็ก และที่แนวกันระหว่างหลอดเลือดกับสมอง (blood brain barrier) ดังนั้นการรับประทานยาในกลุ่มลิโดปา ในเวลาเดียวกันกับการได้รับโปรตีน จะส่งผลให้การดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกาย และเข้าสู่สมองน้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง การได้รับยาในขณะท้องว่างจะทำให้ร่างกายดูดซึมยาได้มาก (Kones, 2010) ด้วยเหตุนี้เวลาในการรับประทานยา และปริมาณโปรตีนในอาหาร เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้ป่วยควรรับประทานยาก่อนมื้ออาหาร อย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ร่างกายมีการดูดซึมยาได้มากที่สุด สำหรับปริมาณโปรตีน ในระยะแรกของโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนตามหลักอาหารสมดุล คือ ร้อยละ 12-15 ของพลังงานที่ได้รับ ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นพาร์กินสันที่รุนแรงมาแล้ว เพื่อลดปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างยากับโปรตีนที่ได้รับ จึงควรลดปริมาณโปรตีนเป็นร้อยละ 10 และการกระจายสัดส่วนของปริมาณโปรตีนไปตามมื้ออาหารอย่างเหมาะสมใน 1 วัน โดยในมื้อเช้า และมื้อกลางวันให้เป็นอาหารที่สัดส่วนของโปรตีนต่ำ และไปเพิ่มสัดส่วนโปรตีนในมื้อเย็น เพื่อให้ปริมาณโปรตีนทั้งหมดที่ได้รับทั้งวันเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009; Kones, 2010)

เนื่องจากภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (sarcopenia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ถึง 3-4 เท่า การปรับลดปริมาณโปรตีน และเวลาในการให้โปรตีนอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนไม่เพียงพอกับความต้องการได้ ซึ่งจะส่งผลเสียซ้ำเติมปัญหาทางโภชนาการที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนแล้วด้วย ดังนั้นในการปรับปริมาณและเวลาในการให้โปรตีนดังกล่าวควรจะไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันผลของยาที่ได้รับก็เพียงพอที่จะให้มีผู้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสำหรับการทำกิจวัตรประจำวันได้ (Kones, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า อาหารเสริม หรือวิตามิน เช่น วิตามินบีหก และธาตุเหล็ก ยาลดกรด อาจส่งผลต่อดูดซึมยารักษาโรคพาร์กินสันได้ หากจำเป็นต้องรับประทานยาเสริม หรือ ยาลดกรด ไม่ควรรับประทานไปในคราวเดียวกับยาชนิดอื่น (Parkinson's Disease Society, 2008)

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียนอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางราย ให้สังเกตว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนจะเกิดขึ้นเมื่อใด มีอะไรเป็นปัจจัยกระตุ้นบ้าง หากพบว่าอาการจะเกิดภายหลังการรับประทานยา ผู้ป่วยเหล่านี้ ก็ไม่ควรจะรับประทานยาในมื้ออาหารหรือหลังจากรับประทานอาหารทันที

ข้อแนะนำทั่วไป เมื่อมีอาการกลืนไส้ อาเจียน

1. กินน้อย ๆ เลี่ยงอาหารมันๆ ไขมันน้ำแข็ง กินอาหารที่มีลักษณะแห้ง กินอาหารที่ใส่น้ำแข็งหรือมีความเย็น เลี่ยงอาหารรสจัด
2. ถ้ากลืนลำบาก ให้จับผู้ป่วยให้นอนลง ปลดเสื้อผ้าให้หลวม ๆ ให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์
3. เลี่ยงกลืนอาหารที่ทำให้กลืนไส้
4. มีประวัติกลืนไส้เวลาใด ให้เลี่ยงอาหารในเวลานั้น
5. เลือกใช้อาหารอ่อน หรือ อาหารเหลว
6. จัดอาหารตามผู้ป่วยชอบ

แนวทางการบริโภคอาหารในภาวะที่กลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) เป็นสาเหตุหนึ่งของการขาดสารอาหารในผู้ป่วยพาร์กินสัน ประมาณร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่ามีการทำงานผิดปกติของช่องปากและคอหอยร่วมกัน (oropharyngeal) และ การทำงานผิดปกติของหลอดอาหาร (esophageal) ผู้ป่วยบางรายยังไม่มีอาการแสดงของภาวะกลืนลำบากแม้มีความผิดปกติของการทำงานของกระบวนการกลืนดังกล่าว นับเป็นภาวะเสี่ยงต่อการสำลักในผู้ป่วยได้ ดังนั้นการประเมินความผิดปกติของกระบวนการกลืนในผู้ป่วยพาร์กินสัน จึงประเด็นที่ไม่ควรจะละเลย (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009)

การปรับอาหาร (dietary modification) เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญ ที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก หากประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ควรเลือกใช้ในการฝึกกลืนอย่างเหมาะสม อาหารที่มีลักษณะเหลว แม้ว่าเมื่อกลืนแล้วจะไม่มีอาหารเหลือค้างในปาก แต่ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากระบบประสาทผิดปกติ เมื่อกลืนอาหารเหลว อาหารจะผ่านจากระยะช่องปากเข้าสู่ระยะคอหอยอย่างรวดเร็วก่อนที่รีเฟล็กซ์การกลืนที่คอหอยจะเกิด ทำให้เกิดการสำลักได้บ่อย ในปัจจุบันมีสารเพิ่มความหนืด (thickener) ที่ใช้ผสมในอาหารเหลว หรือของเหลว ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากมีความปลอดภัยมากขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมากขึ้นได้ ดังนั้นลักษณะเนื้อสัมผัสของอาหารควรจะเหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย (ปิยะภัทร, 2556) สมาคมนักโภชนาการแห่งประเทศไทยได้แบ่งอาหารที่ใช้สำหรับการฝึกกลืนผู้ป่วยกลืนลำบาก เป็น 4 ระดับ (Clayton, 2002 อ้างถึงใน ปิยะภัทร, 2556)

อาหารระดับ 1 “Puree” เป็นอาหารปั่นข้น เนื้อเดียวกัน เกาะกันเป็นก้อน ไม่มีน้ำและไม่จำเป็นต้องบดเคี้ยว เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากปานกลางถึงมาก

อาหารระดับ 2 “Semi-solid” เป็นอาหารปั่นข้นปานกลาง ถึงมาก เนื้อนุ่ม เกาะกันเป็นก้อนได้ง่ายและต้องการการบดเคี้ยว

อาหารระดับ 3 “soft-solid” เป็นอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเล็กน้อย

อาหารระดับ 4 อาหารปกติ

นักโภชนาการจะต้องประเมิน และติดตามประสิทธิภาพของการดัดแปลงอาหารต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก หากผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลำบากมาก ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นระยะเวลานาน อาจจะต้องพิจารณาใส่สายให้อาหารผ่านทางกระเพาะอาหาร (Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009)

คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ปลอดภัย (ปิยะภัทร, 2556; Parkinson’s Disease Society, 2008)

1. ดูแลรักษาสุขภาพฟันให้ดี เพื่อ ช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้ชิ้นอาหารเล็กลงผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ง่ายขึ้น

2. ใช้เวลาในการรับประทานอาหารเป็นเวลาที่ผ่อนคลายสบาย ๆ หากต้องใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานมาก การเตรียมอาหารปริมาณมากต่อมือ จะทำให้อาหารเย็นเสียก่อนที่จะรับประทานหมด จึงแนะนำให้แบ่งอาหารเป็นมือน้อย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานหมดในเวลาอันสมควร แล้วเพิ่มจำนวนมืออาหาร
3. ผู้ป่วยควรนั่งรับประทานอาหาร โดยนั่งบนเก้าอี้ ให้เท้าทั้งสองข้างวางบนพื้น และพักแขนที่ไม่ใช้บนพื้นโต๊ะ หลังอาหารควรนั่งต่ออีกอย่างน้อย 30 นาที
4. อยู่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำในขณะที่เหนื่อย หรือรีบเร่ง อาจใช้เวลาพักประมาณ 30 นาทีก่อนมืออาหาร
5. ลดสิ่งรบกวนขณะรับประทานอาหาร เช่น การพูดคุย การดูทีวี
6. สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกล้าคอตบและอาหารติดคอเวลากินอาหาร แนะนำให้อ้าปากกว้าง ๆ ก่อนรับประทานอาหาร เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อคอ
7. ไม่รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำปริมาณมากเกินไปในแต่ละคำ รับประทานอาหารคำละ 1 ชนิด การมีเนื้ออาหารหลายชนิดใน 1 คำ จะทำให้สำลักได้ง่าย อาจรับประทานอาหารสลับกัน เช่น อาหารที่ต้องการบดเคี้ยว สลับกับอาหารเหลว
8. สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวหรือกลืนอาหารมาก ๆ อาหารที่มีลักษณะกึ่งเหลว จะช่วยให้ผู้รับประทานได้ง่ายขึ้น เช่น การเตรียมเป็นซุปร้อน ๆ ก๋วยเตี๋ยวน้ำ เลือกใช้เนื้อสัตว์ที่ไม่เหนียว เช่น ปลา หรือถั่ว หรืออาจจะขอคำแนะนำจากนักโภชนาการในจัดเมนูอาหารที่เป็นอาหารอ่อนและมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ
9. ในผู้ที่ต้องใช้สารขับหน้าตดละลายกับน้ำ ผู้ป่วยมักใช้ไม่สม่ำเสมอ อาจส่งผลให้ได้รับน้ำน้อยลง อาจเกิดภาวะขาดน้ำได้
10. เลี่ยงการใช้จ่ายที่เร่งรีบ หรือมีผลข้างเคียงเรื่องปาก คอแห้ง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากมากขึ้น

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อแก้ปัญหาท้องผูก

ปัญหาท้องผูกพบได้บ่อยในผู้ป่วยพาร์กินสัน (พบร้อยละ 50-80) พบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการทางคลินิก จนกระทั่งภาวะโรคที่รุนแรง นอกจากภาวะท้องผูกจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบายแล้ว อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตได้ เช่น ภาวะลำไส้โป่งพอง ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหท้องผูกในผู้ป่วยก็สมควรจะมองข้าม สาเหตุของภาวะท้องผูกในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การบีบตัวของลำไส้ลดลง ทำให้อาหารค้างอยู่ในลำไส้นาน ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีใยอาหารน้อย และดื่มน้ำน้อย รวมไปถึงการไม่ออกกำลังกาย (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009)

เทคนิคที่จะช่วยบรรเทาอาการท้องผูกในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การบริโภคใยอาหารให้เพียงพอ อย่างน้อย 30-35 กรัมต่อวัน ร่วมกับการดื่มน้ำมาก ๆ ไม่น้อยกว่า 1500 มิลลิลิตรต่อวัน การออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการบีบตัวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร (Barichella, Cereda and Pezzoli, 2009)

ผัก ผลไม้ ธัญพืชที่ไม่ขัดสี ถั่วต่างๆ เป็นแหล่งที่ดีของใยอาหาร ไม่ควรใช้ยาถ่ายเป็นประจำ เพราะอาจมีผลข้างเคียงจากยา การทำงานของลำไส้ก็จะยิ่งน้อยลง ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระเลยนานเกิน 3 วัน อาจจำเป็นต้องสวนถ่าย ใยอาหารมีคุณสมบัติดูดซับน้ำในทางเดินอาหาร ช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่ม และเพิ่มมวลอุจจาระ บางคนเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมใยอาหารเป็นแหล่งของใยอาหาร แทนที่จะรับประทานผัก ผลไม้ต่าง ๆ สิ่งที่ต้องพึงระวังสำหรับการบริโภคอาหารเสริมใยอาหาร คือ หากรับประทานแล้วดื่มน้ำ ไม่พอ อาจจะทำให้เกิดปัญหาท้องผูกมากขึ้นได้ หรือทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ ดังนั้น การบริโภคอาหารที่มีใยอาหารมาก ๆ จะต้องควบคู่กับการดื่มน้ำมาก ๆ ด้วย นอกจากนั้นใยอาหารอาจจะไปจับกับแร่ธาตุในทางเดินอาหาร ทำให้ร่างกายดูดซึมแร่ธาตุในอาหารได้ลดลง อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแร่ธาตุบางตัว เช่น ธาตุเหล็ก สังกะสี เป็นต้น ทางเลือกที่ดีสำหรับใยอาหาร น่าจะเป็นจากอาหารธรรมชาติมากกว่าผลิตภัณฑ์เสริมใยอาหาร

คำแนะนำเพื่อเพิ่มปริมาณใยอาหารในอาหารที่รับประทาน

1. เลือกธัญพืชที่ผ่านการขัดสีน้อยที่สุด เช่น รับประทานข้าวกล้อง แทนข้าวขัดขาว หรือ เลือกขนมปังโฮลวีท แทนขนมปังขาว เป็นต้น
2. เพิ่มปริมาณ หรือ ความถี่ในการรับประทานผัก ผลไม้ ถั่วต่าง ๆ ให้มากขึ้น ซึ่งสามารถสร้างสรรค์เมนูผัก ผลไม้ได้หลากหลาย หากไม่ชอบรับประทานผัก ผลไม้สด อาจจะทำเป็น น้ำผัก ผลไม้ปั่นก็ได้ หรือ การทอดกรอบ (หากไม่ชอบผัดสด)
3. เริ่มจากปริมาณน้อย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณให้มากขึ้น สำหรับผู้ที่ไม่ชอบรับประทานผัก นอกจากนั้นคนรอบข้าง ก็จะมีส่วนช่วยกระตุ้นได้เป็นอย่างมากทีเดียว

สรุป

เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยไม่ว่าด้วยโรคอะไรก็ตาม โดยเฉพาะโรคที่เป็นเรื้อรัง รักษายาก หลายคนมักจะถามหาวิเศษหรืออาหารวิเศษสักอย่างที่สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายได้ และบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก เพื่อแลกกับ ยา หรือ อาหารที่กล่าวอ้างว่า “วิเศษ” แต่ผลที่ได้รับกลับไม่เป็นดังหวัง สำหรับโรคพาร์กินสันนั้น ณ เวลานี้ยังไม่มีอาหารชนิดใด ชนิดหนึ่งที่ได้รับการพิสูจน์ที่แน่ชัดว่าสามารถรักษาโรคพาร์กินสันได้ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติควรพิจารณาให้ถี่ถ้วน โดยใช้ข้อมูลที่เป็นการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ ก่อนจะตัดสินใจซื้อหาผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการกล่าวอ้างสรรพคุณในการรักษาโรคพาร์กินสัน อาหารมีความสำคัญสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีอายุยืนในผู้ป่วยพาร์กินสัน บทความนี้ให้ข้อแนะนำทั่วไปในการให้โภชนบำบัดเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งแนวปฏิบัติสำหรับการลดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียงของโรค การสร้างสรรค์เมนูอาหารที่ตอบสนองต่อสภาวะของโรคในผู้ป่วยพาร์กินสัน เป็นเรื่องที่ท้าทาย และมีประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

เอกสารอ้างอิง

- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2556). ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 23(3), 73-80.
- ลักษณะ ไชยมงคล. (2542). กินอยู่อย่างไร ในยุค IMF?. *คำถามนี้มีคำตอบ. รุสมีแล*, 20(1), 54-61.
- Barichella, M., Cereda, E. & Pezzoli, G. (2009) Major nutritional issues in the management of Parkinson's disease. *Movement Disorder*, 24(13), 1881-1892.
- Erro, R., Brigo, F., Tamburin, S., Zamboni, M., Antonini, A. & Tinazzi, M. (2018) Nutritional habits, risk, and progression of Parkinson disease. *Journal of Neurology*, 265, 12-23.
- Kones, R. (2010) Parkinson's disease: Mitochondrial molecular pathology, inflammation, statin, and therapeutic neuroprotective nutrition. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(4), 371-389.
- Parkinson's Disease Society (2008) Parkinson's and diet (online). Available from: http://www.parkinsons.org.uk/pdf/B065_Parkinsonsanddiet.pdf [December 17, 2012].
- Seidl, S. E., Santiago, J. A., Bilyk, H. and Potashkin, J. A. (2014). The emerging role of nutrition in Parkinson's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience* 6, doi:10.3389/fnagi.2014.00036.