

## สงครามเกลือ



ข้อเสนอที่ว่า ควรมีการลดความเค็มของอาหารที่รับประทานลงเพื่อสุขภาพนั้น เป็นข้อเสนอที่ขอให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงในรสชาติที่ตนคุ้นชินว่าอร่อย จึงมีทั้งความคิดเห็นสนับสนุนและความคิดเห็นแย้ง ทั้งบนโต๊ะเจรจาระดับโลกและบนโต๊ะกินข้าวระดับครัวเรือนเรา ทั้งนี้ข้อมูลในกรณีกลุ่มคนจำเพาะ (กลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง) ไม่ว่าจะเป็นผู้มีความเห็นด้วยหรือมีความเห็นต่างก็ยังคงมีความเห็นร่วมในแนวทางที่ควรปฏิบัติร่วมกันได้อยู่

**“จะลดเค็ม หรือ จะไม่ลด?”**

ความเห็นสนับสนุน: เกลืออินเตอร์หรือ [“INTERSALT”](#) ที่เป็นการศึกษาในประชากรตัวอย่างกว่า 1 หมื่นคนจาก 32 ประเทศทั่วโลก โดยการตรวจวัดความดันโลหิตเทียบกับผลการขับถ่ายโซเดียมตลอด 24 ชั่วโมง ได้ผลการศึกษาที่สนับสนุนการตัดสินใจหนึ่งว่า หากป้องกันคนกลุ่มใหญ่ “ให้ไม่กินเกลือ

มากจนเป็นนิสัย” ได้ จะเป็นอีกหนึ่งรูปธรรมที่สำคัญที่จะหลีกเลี่ยงผลร้ายจากภาวะความดันโลหิต (ไม่ว่าจะในผู้มีความดันโลหิตปกติหรือสูงอยู่) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการระบาดของโรคหัวใจและ [หลอดเลือดได้](#) [1] รวมทั้งช่วยหลีกเลี่ยงผลเสียจากโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจได้ด้วยเช่น การกินเกลือสัมพันธ์กับความอ้วนจากการดื่มน้ำอัดลมมากขึ้น การเกิดนิ่วที่ไต หรือภาวะกระดูกพรุน รวมทั้งการกินเกลือมากเกินไปอาจเป็นเหตุของการเกิดมะเร็ง [กระเพาะอาหาร](#) [2]

[ความเห็นเชิงโต้แย้ง](#) [3],[4]: มีข้อโต้แย้งว่า “กินเกลือน้อยลงก็อาจก่อให้เกิดปัญหาได้เช่นกัน”

ตัวอย่างเช่น มีการทดลองในผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจวายอาการแย่งหลังให้กินอาหารที่เข้มงวดต่อการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม [5] นอกจากนี้ยังมีความเห็นแย้งว่า ข้อสรุปที่แนะนำให้ผู้คนลดการกินเกลือนั้น ส่วนใหญ่มักเป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยเชิงการสังเกต ที่ไม่ใช่เป็นผลจากการศึกษาวิจัยแบบสุ่มที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial; RCT)

การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่: การจะพิสูจน์ความเห็นต่างแบบนำเกลียมละลายแม่น้ำนั้นไม่สามารถทำได้ทุกราว การที่กรณีตัวอย่าง (ที่มีการยกมาสนับสนุนความเห็นแย้งนั้น) สามารถทำ RCT ได้ก็เป็นเพราะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจำเพาะกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะโรคอยู่เดิม แต่ไม่ควรนำผลนั้นมาขยายผลสำหรับโต้แย้งผลการศึกษาวิจัยเชิงการสังเกตขนาดใหญ่ที่ให้คำแนะนำสำหรับชีวิตผู้คนในวงกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทั้งหมดแสดงให้เห็นเป็นที่ประจักษ์ว่า ในกลุ่มประชากรบางสังคมที่กิน “เค็มมาก” กันอยู่เดิม หากให้ลดระดับความเค็มลง จะเห็นประโยชน์อยู่ แต่ถ้าเป็นกลุ่มประชากรในสังคมที่แคกิน “เค็มปานกลาง” กันอยู่เดิม การไปพยายามให้ผู้คนแก้ไขความคุ้นชินด้วยการลดระดับการกินเค็มลงไปอีก อาจจะยากอยู่ไม่น้อย ดังนั้นหากจะใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ ก็พอจะประมวลได้ว่า ถ้าใครกิน “เค็มจัด” หรือเป็น “กลุ่มเสี่ยงสูง” อยู่ ก็ควรลดการกินเค็มลงเสีย ก็เท่านั้นเอง

เพราะฉะนั้น คำถามที่ต้องถามตนเองก็คือ “เราเข้าข่ายคนกินเค็มจัดอยู่หรือไม่?”

### เค็มแต่พองาม

การกินเค็มแต่พอสมควรตามความจำเป็นของร่างกายนั้น ถ้านับเป็นปริมาณโซเดียมก็แค่เพียง 0.23-0.46 กรัมต่อวัน หากต้องการจะกินเค็มเพิ่มขึ้นอีกก็ควรระมัดระวัง ปริมาณโซเดียม ให้ไม่เกินค่าเพดานความเค็มสูงสุด คือ ไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน อย่างไรก็ตาม ในชีวิตจริงกลับพบว่า เด็กอายุมากกว่าห้าปีขึ้นไปรวมถึงผู้ใหญ่ทั่วโลกล้วนกินโซเดียมเกินค่าเพดานความเค็มสูงสุดกันทั้งนั้น โดยเฉพาะคนเอเชียกินโซเดียมเกิน 4.6 กรัมต่อวัน [6] จึงสรุปได้ว่า คนส่วนใหญ่ทั่วโลกล้วนกินโซเดียมต่อวันเกินปริมาณค่าเพดานความเค็มสูงสุดกันทั้งนั้น (ขนาดอนุญาตให้กินโซเดียมเกินความจำเป็นไปตั้ง 4-8 เท่าอยู่แล้ว ยิ่งอุตสาหกรรมทะเลค่าเพดานสูงสุดกันอีกตั้งกว่าเท่าสองเท่า) และเป็นที่ชัดเจนว่า คนเอเชียเค็มกว่าคนทวีปอื่น

### คนไทยเราเค็มหรือไม่

จาก ผลการสำรวจ การบริโภคเกลือแกงหรือโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย พบว่า คนไทยได้รับเกลือแกงเฉลี่ย 10 กรัมต่อคนต่อวันขึ้นไป [7] (มีโซเดียมประมาณ 40% หรือ 4 กรัมต่อวัน) คือ เกินค่าเพดานความเค็มสูงสุดไปจะ 2 เท่า หรือเกินค่าความเค็มตามความจำเป็นไปกว่า 8 เท่า จึงจัดคนไทยไว้ในกลุ่มเค็มอย่างแน่นอน

### เหตุที่ทั่วโลกยังไม่ประสบความสำเร็จในการสู้รบกับความเค็ม

การดำเนินการเพื่อขอให้มนุษย์โลกยุติความเค็มลงยังไม่เป็นผลสำเร็จนัก เพราะฤทธิ์ข้างเคียงสำคัญ 2 ประการคือ คุณภาพของรสชาติที่ด้อยลงและความไม่คุ้นชิน ศาสตร์ทันยุคที่สุดด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบ่งว่า หากให้ลดการกินเกลือแกงลงมาเหลือแค่ 7.5 กรัม หรือซ็อนซาเศษๆ ต่อวัน (ไม่ต้อง

ลดถึงระดับที่ WHO หรือ FAO แนะนำคือ 5 กรัม หรือน้อยกว่าช้อนชาต่อวัน [6] มนุษย์ผู้นั้นต้องมีแรงจูงใจอันยิ่งยวดและต้องมีมาตรการเข้มข้นมากระตุ้นรอบด้านเพื่อให้ลดลงได้ดังกล่าว [8] มาตรการการลดความเค็มของชาติที่พัฒนาแล้วจะต่างจากเอเชีย การศึกษานานาชาติ “INTERMAP” ระบุว่า 75% ของโซเดียมที่คนฝรั่ง (เช่น ชาวอังกฤษและอเมริกัน) ได้รับนั้นแฝงอยู่ในอาหารเบเกอรี่ หรืออาหารที่ผ่านกระบวนการทางอุตสาหกรรมเป็นสำคัญ [6],[9],[10],[11] จึงต้องมีมาตรการไปบีบแหล่งผลิตใหญ่ๆ เช่น ที่ประเทศอิตาลี มีข้อตกลงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสมาคมเบเกอรี่เพื่อลดปริมาณเกลือในการผลิตขนมปังลงอย่างเป็นขั้นตอน [12] ในขณะที่มาตรการสำหรับคนเอเชีย (เช่น ชาวจีน) คือต้องลดนิสัยการใช้เกลือในการปรุงอาหารที่บ้าน [9] เพราะความเค็มมักเกิดจากแม่ครัวปรุงหนักมือ หรือใช้ซอสมากเกินไป จะแก้ไขก็ต้องจี้ลงที่ตัวบุคคลโดยมีการรณรงค์ [2] ขอร้องอาเฮียอาเจีว่าช่วยใส่เกลือน้อยๆลงหน่อยเถิด

เมื่อดีตจะได้เค็มไปแล้ว แต่เราแก้ไขอนาคตได้ (ตราบใดที่ไต่ยังไม่พัง) ความหวังในสันติภาพยังมีอยู่

อรพินท์ มุกดาติลก

11 มกราคม 2556

ปรับปรุง 28 ม.ค. 60

  
hooraygoodhealth.com

## เอกสารอ้างอิง

[1] Stamler J. The INTERSALT Study: background, methods, findings, and implications.

Am J Clin Nutr. 1997 Feb;65(2 Suppl):626S-642S.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960392>

[2] He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. J Hum Hypertens. 2009;23:363-84.

Epub 2008 Dec 25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19110538>

[3] Taubes G. The (political) science of salt: in Science Mag. 1998 Aug;281(5379):898-907. [online] [cited 2010 August 1];

<http://www.sciencemag.org/content/281/5379/898.summary?sid=48e1c886-db04-468b-ac6f-dc5980d6f9f8>

[4] Alderman MH. Reducing dietary sodium: the case for caution. JAMA. 2010 Feb

3;303(5):448-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20124541>

[5] Paterna S, Parrinello G, Cannizzaro S, Fasullo S, Torres D, Sarullo FM, Di Pasquale P. Medium term effects of different dosage of diuretic, sodium, and fluid administration on neurohormonal and clinical outcome in patients with recently compensated heart failure. Am J Cardiol. 2009 Jan 1;103(1):93-102. Epub 2008 Oct 17.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101237>

[6] Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. Salt intakes around the world:

implications for public health. Int J Epidemiol. 2009 Jun;38(3):791-813. Epub 2009

Apr 7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19351697>

[7] กองโภชนาการ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย. [ออนไลน์] [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2555];

<http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/Nutrition%20%20News/undefined.pdf>

[8] Kumanyika S. Behavioral aspects of intervention strategies to reduce dietary sodium. Hypertension. 1991 Jan;17(1 Suppl):1190-5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987002>

[9] Anderson CA, Appel LJ, Okuda N, Brown IJ, Chan Q, Zhao L, Ueshima H, Kesteloot H, Miura K, Curb JD, Yoshita K, Elliott P, Yamamoto MC, Stamler J. Dietary sources of sodium in China, Japan, the United Kingdom, and the United States, women and men aged 40 to 59 years: the INTERMAP study. J Am Diet Assoc. 2010 May;110(5):736-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430135>

[10] Legetic B, Campbell N. Reducing salt intake in the Americas: Pan American Health Organization actions. J Health Commun. 2011 Aug;16Suppl 2:37-48.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21916712>

[11] Dotsch M, Busch J, Batenburg M, Liem G, Tareilus E, Mueller R, Meijer G.

Strategies to reduce sodium consumption: a food industry perspective. Crit Rev Food Sci Nutr. 2009 Nov;49(10):841-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960392>

[12] Strazzullo P, Cairella G, Campanozzi A, Carcea M, Galeone D, Galletti F, Giampaoli S, Iacoviello L, Scalfi L; GIRCISI Working Group. Population based strategy for dietary salt intake reduction: Italian initiatives in the European framework. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2012 Mar;22(3):161-6. Epub 2012 Feb 23.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364888>