

โปรตีน...ต่างวัย ต่างสุขภาพ กินอย่างไรจึงปลอดภัยและเหมาะสม?

โปรตีนจำเป็นต่อร่างกายทุกวัย แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนควรกินในปริมาณเท่ากัน เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ คนออกกำลังกาย และผู้ที่มีโรคบางชนิด ล้วนมีความต้องการแตกต่างกัน

สิ่งสำคัญจึงไม่ใช่การกินโปรตีนให้ “มากที่สุด” แต่คือกินให้ “พอดี” และเลือกแหล่งโปรตีนที่เหมาะสมกับสุขภาพของเรา

ตลอดหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา เราคุยกันตั้งแต่ปริมาณและคุณภาพของโปรตีน โปรตีนจากพืชและสัตว์ เวียดนาม โปรตีน โปรตีนเกษตร ไปจนถึงไข่ เนื้อแดง ถั่วเปลือกแข็ง และปลา

แต่ก่อนปิดเรื่องโปรตีน ยังเหลือคำถามสำคัญที่สุดข้อหนึ่งคือ

แล้วตัวเราเองควรกินโปรตีนวันละเท่าไร?

คำตอบดูเหมือนง่าย แต่ในปี 2026 กลับเป็นหนึ่งในประเด็นที่น่าสนใจที่สุดของวงการโภชนาการ

คนสุขภาพดี...ต้องการโปรตีน 0.8 หรือ 1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัม/วันกันแน่?

หลายคนคุ้นกับคำแนะนำว่า ผู้ใหญ่สุขภาพดีควรได้รับโปรตีนประมาณ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ตัวเลขนี้ยังคงเป็นค่า Recommended Dietary Allowance หรือ RDA ซึ่งหมายถึงระดับที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ใหญ่สุขภาพดีเกือบทั้งหมด¹

แต่ Dietary Guidelines for Americans 2025–2030 (DGA) ซึ่งเผยแพร่ในปี 2026 ได้เสนอเป้าหมายโปรตีนสูงขึ้นอย่างชัดเจน คือประมาณ 1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัม/วัน โดยเน้นอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพดี และมีสารอาหารสูงจากทั้งพืชและสัตว์²

ความแตกต่างนี้เห็นภาพได้ง่าย เช่น คนหนัก 60 กิโลกรัม

0.8 กรัม/กิโลกรัม = ประมาณ 48 กรัม/วัน

1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัม = ประมาณ 72–96 กรัม/วัน

แต่คำแนะนำใหม่ ไม่ได้หมายความว่า 0.8 กรัม/กิโลกรัมผิด เพราะ RDA กับเป้าหมายของ DGA มีความหมายไม่เหมือนกัน และก็ไม่ได้หมายความว่าทุกคนควรรับประทานโปรตีนให้ถึง 1.6 กรัม/กิโลกรัมทันที

เหตุผลสำคัญคือ คำแนะนำใหม่นี้ยังมีข้อถกเถียงทางวิชาการ

นักวิชาการด้านโปรตีน Pasiakos และคณะ ตั้งข้อสังเกตใน *The Journal of Nutrition* ปี 2026 ว่าหลักฐานสำคัญที่ DGA ใช้สนับสนุนเป้าหมาย 1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัม มาจากการทบทวนการทดลองแบบสุ่มที่มุ่งศึกษาการลดและควบคุมน้ำหนักเป็นสำคัญ ขณะที่หลักฐานเกี่ยวกับผลระยะยาวต่อโรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต มะเร็ง และสุขภาพกระดูกยังไม่ได้รับการพิจารณาอย่างครอบคลุมเท่าที่ควร จึงยังมีคำถามว่าควรนำตัวเลขนี้ไปใช้เป็นเป้าหมายเดียวสำหรับประชาชนทุกคนตลอดช่วงชีวิตหรือไม่³

ไม่ใช่เพียง “กินเท่าไร” แต่ต้องถามว่า “โปรตีนมาจากอะไร?”

นี่เป็นอีกประเด็นที่แพทย์ บุคลากรสุขภาพ และโค้ชสุขภาพควรทราบ

Giosuè และคณะ วิจัย DGA ฉบับใหม่ว่า การเพิ่มเป้าหมายโปรตีนโดยให้น้ำหนักกับแหล่งโปรตีนจากสัตว์มากขึ้นอาจไม่สอดคล้องกับหลักฐานระยะยาวบางส่วน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเนื้อแดงและเนื้อสัตว์แปรรูปในปริมาณสูงกับความเสี่ยงด้านหัวใจและเมแทบอลิซึม รวมถึงมะเร็งบางชนิด ขณะที่หลักฐานสนับสนุนรูปแบบอาหารที่เน้นอาหารจากพืชและรูปแบบอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) อย่างต่อเนื่อง⁴

ประเด็นนี้ไม่ได้หมายความว่า โปรตีนจากสัตว์ไม่ดี หรือ DGA ใหม่ผิดทั้งหมด แต่เตือนเราว่า “ปริมาณโปรตีน” กับ “แหล่งของโปรตีน” เป็นคนละเรื่องกัน

หากจะเพิ่มโปรตีน จึงไม่ควรถามเพียงว่า “กินให้ได้กี่กรัม?” แต่ต้องถามต่อว่า “โปรตีนนั้นมาจากอาหารอะไร และเข้ามาแทนอาหารอะไรในจานของเรา?”

การเพิ่มปลา ถั่ว เต้าหู้ นม หรืออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ย่อมไม่เหมือนกับการเพิ่มไส้กรอก เบคอน หรือเนื้อสัตว์แปรรูป แม้ทั้งหมดจะให้โปรตีนก็ตาม

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ...โปรตีนยังมีความสำคัญ

เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายตอบสนองต่อโปรตีนในการสร้างและรักษากล้ามเนื้อลดลง ขณะเดียวกันหลายคนกินอาหารน้อยลงและเคลื่อนไหวน้อยลง จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) และความเปราะบาง (frailty)

ESPEN แนะนำให้ผู้สูงอายุได้รับโปรตีนอย่างน้อย 1.0 กรัม/กิโลกรัม/วัน และหลักฐานจากผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่มสนับสนุนประมาณ 1.0–1.2 กรัม/กิโลกรัม/วัน ในผู้สูงอายุสุขภาพดี ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยอาจต้องการ

ประมาณ 1.2–1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน โดยต้องปรับตามโรค ภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และความสามารถในการรับประทานอาหาร⁵

เมื่อ DGA ใหม่เสนอ 1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัมสำหรับประชากรทั่วไป ตัวเลขของ ESPEN จึงดูต่ำกว่าในบางช่วง แต่ไม่ควรสรุปว่า ESPEN “ล้าสมัย” เพราะเอกสารทั้งสองมีวัตถุประสงค์ ประชากรเป้าหมาย และวิธีประเมินหลักฐานแตกต่างกัน

ในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับ การได้รับโปรตีนเพียงพอ กระจายไปในแต่ละมื้อ และออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) ตามความเหมาะสม

เพราะ

กินโปรตีนอย่างเดียวไม่พอ กล้ามเนื้อต้องได้รับการใช้งานด้วย

คนออกกำลังกาย...ไม่ใช่ทุกคนต้องตีเมย์

ผู้ที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป ไม่จำเป็นต้องเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์เสริมโปรตีนโดยอัตโนมัติ แต่ผู้ที่ฝึกกล้ามเนื้อหรือกีฬาอย่างจริงจังอาจต้องการโปรตีนมากขึ้น แนวทางด้านโภชนาการการกีฬาเสนอประมาณ 1.2–2.0 กรัม/กิโลกรัม/วัน ขึ้นอยู่กับชนิด ความหนักของการฝึก และเป้าหมายของแต่ละคน⁶

ตัวอย่างเช่น คนหนัก 70 กิโลกรัมที่ฝึกอย่างหนัก อาจต้องการประมาณ 84–140 กรัมต่อวัน แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนที่เข้าฟิตเนสต้องกิน 140 กรัม

และหากอาหารปกติให้โปรตีนเพียงพอ เวียโปรตีนเป็นเพียงทางเลือกเพื่อความสะดวก ไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับการสร้างกล้ามเนื้อ

เป็นเบาหวาน...ต้องเพิ่มหรือลดโปรตีนหรือไม่?

ไม่มีตัวเลขเดียวสำหรับทุกคน

American Diabetes Association (ADA) ปี 2026 ระบุว่า ยังไม่มีหลักฐานว่าการปรับปริมาณโปรตีนให้สูงหรือต่ำกว่าปริมาณทั่วไปจะช่วยควบคุมน้ำตาลหรือความเสี่ยงโรคหัวใจได้เหมือนกันในทุกคน จึงควรกำหนดตามรูปแบบอาหารและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล⁷

สิ่งที่สำคัญไม่แพ้ปริมาณคือ เลือกแหล่งโปรตีนที่เหมาะสม เช่น ปลา ถั่ว ถั่วเหลือง และเนื้อไม่ติดมัน และลดเนื้อแดงหรือเนื้อสัตว์แปรรูป

แต่ถ้ามี โรคไตร่วมด้วย คำแนะนำจะเปลี่ยนทันที

เป็นโรคไต...อย่านำปริมาณโปรตีน 1.2–1.6 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมมาใช้เอง

นี่คือข้อยกเว้นที่สำคัญมากของคำแนะนำใหม่

KDIGO 2024 แนะนำผู้ใหญ่ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ G3–G5 ให้ได้รับโปรตีนประมาณ 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วัน และหลีกเลี่ยงการกินโปรตีนสูงกว่า 1.3 กรัม/กิโลกรัม/วัน ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรค⁸

ADA 2026 ให้คำแนะนำสอดคล้องกันในผู้ป่วยเบาหวานที่มี CKD ระยะ G3 ขึ้นไป และระบุว่า **ไม่ควรลดต่ำกว่า 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วัน ด้วยตัวเอง** เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการโดยไม่ได้เพิ่มประโยชน์ต่อไต ขณะที่ผู้ที่ฟอกไตอาจต้องการโปรตีนเพิ่มเป็นประมาณ 1.0–1.2 กรัม/กิโลกรัม/วัน⁹

ดังนั้น ทั้งคำว่า “เป็นโรคไตต้องกินโปรตีนน้อยที่สุด” และ “DGA ใหม่บอกให้กินโปรตีนเยอะขึ้น ทุกคนจึงควรกินตาม” ต่างก็ไม่ถูกต้อง

ข้อสรุปสำหรับการนำไปปฏิบัติ?

สำหรับคนสุขภาพดี ไม่จำเป็นต้องชั่งและคำนวณโปรตีนทุกคำที่กิน แต่ควรเข้าใจว่าปริมาณสารอาหารโปรตีน 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วันยังเป็นการอ้างอิงที่ RDA ยึดถืออยู่ ขณะที่ DGA 2025–2030 เสนอเป้าหมายใหม่ 1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัม/วัน ซึ่งมีเหตุผลสนับสนุน แต่ยังมีข้อถกเถียงว่าควรใช้กับประชาชนทุกคนหรือไม่

ในชีวิตจริง สิ่งที่สำคัญกว่าการไล่ตามตัวเลขสูงสุด คือ มีแหล่งโปรตีนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ เลือกให้หลากหลาย ให้ความสำคัญกับคุณภาพของอาหาร และปรับปริมาณตามวัย กิจกรรมทางกาย และสุขภาพของตนเอง

โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ นักกีฬา ผู้ป่วยโรคไต ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ไม่ควรใช้ตัวเลขเดียวกับคนทั่วไปโดยไม่พิจารณาบริบท

ตลอดชุดบทความเรื่องโปรตีน เราอาจสรุปบทเรียนทั้งหมดได้ว่า

โปรตีนไม่ได้ยิ่งมากยิ่งดี และไม่ได้ยิ่งน้อยยิ่งปลอดภัย สิ่งสำคัญคือกินให้พอดีกับวัย สุขภาพ และการใช้ชีวิต พร้อมเลือกแหล่งโปรตีนที่ดีต่อสุขภาพโดยรวม

และอย่าลืมว่า อาหารไม่ได้ให้เพียงสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่ง แต่ให้สารอาหารหลายชนิดที่ช่วยเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน

สัปดาห์หน้า เราจะเริ่มทำความเข้าใจกับสารอาหารอีกชนิดหนึ่งที่เต็มไปด้วยความเชื่อและความสับสนไม่แพ้กัน — “ไขมัน”

ไขมันทุกชนิดทำให้อ้วนจริงหรือ? ไขมันอิ่มตัว ไขมันไม่อิ่มตัว น้ำมันหมู น้ำมันพืช น้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าว และโอเมกา-3 ต่างกันอย่างไร? และคำว่า “ไขมันดี-ไขมันเลว” ที่เราได้ยินกันมานานนั้น ถูกต้องเพียงใด?

พวกเราหวังว่า บทความสั้น ๆ ในแต่ละสัปดาห์ จะเป็นส่วนหนึ่งในการชวนท่านผู้อ่านค่อย ๆ ปรับวิถีชีวิต เพื่อก้าวไปสู่การบรรลุเป้าหมาย “แก่ช้า เจ็บสั้น อายุยืนแบบมีสุขภาพดี” ครับ

พบกันใหม่ฉบับหน้า

รศ.ดร.นพ.ภูติ เทชาติวัฒน์ และ ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

สถาบันสุขภาพวะพิสิฐ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

สมาคมโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสไทย และ โครงการ KALM

29 สิงหาคม 2569

เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington (DC): National Academies Press; 2005.
2. U.S. Department of Health and Human Services; U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans, 2025–2030. 10th ed. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture; 2026.
3. Pasiakos SM, Davis TA, Klurfeld DM, Neuhouser ML, Rodriguez NR, Tomé D. Perspectives on the protein recommendations in the 2025–2030 Dietary Guidelines for Americans. J Nutr. 2026 Jul 24;101754. doi:10.1016/j.tjn.2026.101754.
4. Giosuè A, Vitale M, Riccardi G. A critical evaluation of the 2025–2030 Dietary Guidelines for Americans. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2026;36(4):104614. doi:10.1016/j.numecd.2026.104614.

5. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2022;41(4):958-989. doi:10.1016/j.clnu.2022.01.024.
6. Thomas DT, Erdman KA, Burke LM. American College of Sports Medicine joint position statement. Nutrition and athletic performance. *Med Sci Sports Exerc.* 2016;48(3):543-568. doi:10.1249/MSS.0000000000000852.
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S89-S131. doi:10.2337/dc26-S005.
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2024;105(4 Suppl):S117-S314.
9. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 11. Chronic kidney disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S246-S260. doi:10.2337/dc26-S011.