

บทความวิจัย (Research Article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่โรงพยาบาลบางปะอิน

Factors related to metabolic syndrome in psoriasis patients at Bang Pa-in hospital

แพทย์หญิงพรเอื้อ บุญยไพศาลเจริญ

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

โรคสะเก็ดเงิน เป็นโรคผิวหนังที่มีการอักเสบเรื้อรังของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ความชุกของภาวะ metabolic syndrome เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน ซึ่งภาวะนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน จึงมีความสำคัญในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะ metabolic syndrome และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอินเป็นการศึกษาแบบ Retrospective cross-sectional analytical study โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวหนังโรงพยาบาลบางปะอิน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 พฤษภาคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินทั้งหมด 133 รายในโรงพยาบาลบางปะอิน พบภาวะ metabolic syndrome ร่วมด้วยจำนวน 47 คน (ร้อยละ 35) โดยพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงินในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีภาวะ metabolic syndrome มากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงินอายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และเมื่อทำการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Thai CV risk score ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมดในโรงพยาบาลบางปะอินพบว่ามีค่ามัธยฐานความเสี่ยงในระดับที่มีภาวะ metabolic syndrome พบว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลางและสูงถึงร้อยละ 69.6 จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงินในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในระดับปานกลางถึงสูงตามมา ดังนั้นจึงควรมีการตรวจคัดกรองภาวะดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุมากกว่าหรือ

เท่ากับ 40 ปี เพื่อป้องกันภาวะ metabolic syndrome ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ทำให้ทราบว่า การดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงินในร.พ.บางปะอินที่ผ่านมายังขาดความครบถ้วนในการประเมินและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงินเพื่อคัดกรองภาวะ metabolic syndrome เช่น การซักประวัติสะเก็ดเงินในครอบครัว การตรวจร่างกายวัดเส้นรอบเอว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้จัดตั้งคลินิกสะเก็ดเงินที่ร.พ.บางปะอิน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงินให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถป้องกันการเกิดภาวะ metabolic syndrome และโรคร่วมอื่นๆในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน รวมถึงประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงินร่วมด้วย

คำสำคัญ : โรคสะเก็ดเงิน, ภาวะ metabolic syndrome, ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease caused by abnormal immune system. The prevalence of metabolic syndrome is significantly higher in psoriasis patients, increasing their risk of developing cardiovascular diseases. Studying factors related to metabolic syndrome in psoriasis patients is crucial for planning preventive measures against future metabolic syndrome and cardiovascular diseases.

A Retrospective cross-sectional analytical study conducted at Bang Pa-In Hospital collected data from the medical records of all psoriasis patients treated in the dermatology department of Bang Pa-in hospital between January 2016 and May 2023. Statistical analysis, using a significance level of $p < 0.05$, was employed to analyze the data.

Out of 133 psoriasis patients at Bang Pa-In Hospital, 47 (35%) were found to have metabolic syndrome. Significantly, patients who developed psoriasis at or after the age of 40 were more likely to have metabolic syndrome compared to those who developed it before 40 ($P < 0.001$). Furthermore, when assessing the risk of cardiovascular disease in psoriasis patients with metabolic syndrome using the Thai CV risk score, a moderate to high risk of 69.6% was observed.

This study reveals the relationship between the onset age of psoriasis and metabolic syndrome, indicating a higher risk of cardiovascular disease. Thus, regular screening, especially for patients over 40, is essential to prevent metabolic syndrome and subsequent cardiovascular diseases. Additionally, it highlights the inadequate some information of psoriasis patients at Bang Pa-In Hospital and suggests establishing a specialized psoriasis clinic to improve comprehensive and effective patient care, including mental health assessment.

Keywords : psoriasis, metabolic syndrome, cardiovascular risk

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) เป็นโรคผิวหนัง อักเสบเรื้อรังที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ พบได้ทุกเชื้อชาติ ประมาณ 0.6-4.8% ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันตั้งแต่พันธุกรรมและปัจจัยกระตุ้น เช่น การติดเชื้อบางชนิด ความเครียดรุนแรง ยาบางชนิด เป็นต้น การเกิดโรคสะเก็ดเงินเริ่มจากเม็ดเลือดขาว ลิมโฟไซต์ชนิดที(T cell Lymphocyte) ถูกกระตุ้นโดยปัจจัยบางอย่างและกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันชนิดเฮลเปอร์ทีเซลล์ (T helper cell) ให้ทำงานมากผิดปกติ มีการหลั่งไซโตไคน์ (cytokine)หลายชนิดก่อให้เกิด การอักเสบเรื้อรังของผิวหนังและการแบ่งตัวที่เร็วกว่าปกติของเซลล์ในชั้นหนังกำพร้าของผิวหนัง⁽²⁻⁴⁾

ภาวะ metabolic syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกี่ยวข้อง และมีสาเหตุมาจากความอ้วน ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติ โดยจะทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดหัวใจและสมองตามมา กลุ่มอาการอ้วนลงพุงเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไปโดยมีอัตราการเกิดร้อยละ 10-30 ในชาวเอเชีย และร้อยละ 20 ในชาวไทย⁽⁵⁾ การศึกษา ของ Gottlieb AB และคณะในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการอ้วนลงพุงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดหัวใจอุดตันได้ถึง 2.5 เท่าในระยะเวลาการติดตาม 11 ปี⁽⁶⁾

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่ปัจจุบันได้มีการศึกษายืนยัน ความเกี่ยวข้องของโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงกับกลุ่มอาการ metabolic syndrome ทั้งในอเมริกา ยุโรป และเอเชีย⁽⁷⁾ โดยการศึกษาของ Hidetoshi Takahashi และคณะในประเทศญี่ปุ่นปี พ.ศ. 2553 ได้สรุปว่า กลุ่มอาการ metabolic syndrome พบในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรัง ร้อยละ 84.2และพบในชนิดความรุนแรงปานกลางถึงมาร้อยละ 66.7⁽⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2556 Armstrong และคณะ ได้ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคสะเก็ดเงินกับภาวะ metabolic syndrome โดยวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยการสังเกต 12 งานวิจัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523-2555 พบว่าคนไข้สะเก็ดเงินมีอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าประชากรทั่วไป และมีอัตราการเกิดมากกว่าในสะเก็ดเงินชนิดความรุนแรงมาก เมื่อเทียบกับชนิดความรุนแรงน้อย⁽⁹⁾ และการศึกษาล่าสุดในปี พ.ศ. 2561

Rodríguez-Zúñiga MJM และคณะ ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ(meta-analysis) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรค สะเก็ดเงินกับกลุ่มอาการ metabolic syndrome โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก 14 การศึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523-2559 พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีอัตราการเกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุงร้อยละ 31.4 และมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการ metabolic syndromeมากกว่าประชากรทั่วไปถึงร้อยละ 40⁽¹⁰⁾

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ Kokpol C และคณะในปี พ.ศ. 2557 โดยศึกษาคนไข้สะเก็ดเงิน และกลุ่ม ประชากรทั่วไปอย่างละ 199 คน ผลการ ศึกษาพบอัตราการเกิดกลุ่มอาการ metabolic syndrome เป็นร้อยละ 49.3 และ 30.7 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีค่าสูงกว่าในผู้ป่วยสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาล่าสุดของ Gisondi P และคณะในปี พ.ศ. 2561 โดยสรุปถึงอัตราการเกิดกลุ่มอาการ Metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินอยู่ในช่วง ร้อยละ 20-50 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เป็นโรคสะเก็ดเงิน อย่างน้อย 2 เท่าและพบมากกว่าในสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรง⁽¹²⁾

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าว แสดงถึง ความสัมพันธ์ของโรคสะเก็ดเงินกับภาวะ metabolic syndrome ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดหัวใจอุดตันได้ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่โรงพยาบาลบางปะอิน จะทำให้ทราบถึง ความชุก (prevalence)และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการเกิดภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงิน และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลบางปะอิน ทั้งในด้านการรักษาและการป้องกันโรคได้อย่างครอบคลุม และเป็นที่มาของการศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินโรงพยาบาลบางปะอินในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอิน
2. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอิน
3. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอิน

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอิน ด้วยการประเมิน Thai CV risk score ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอิน
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลบางปะอิน ที่มีภาวะ metabolic syndrome เทียบกับที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome
3. เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลบางปะอินให้ดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคสะก่ดเงินเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบความสัมพันธ์ของโรคสะก่ดเงินกับภาวะ metabolic syndrome มีการศึกษาพบว่าความชุกของ metabolic syndrome เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคสะก่ดเงิน ซึ่งภาวะนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น

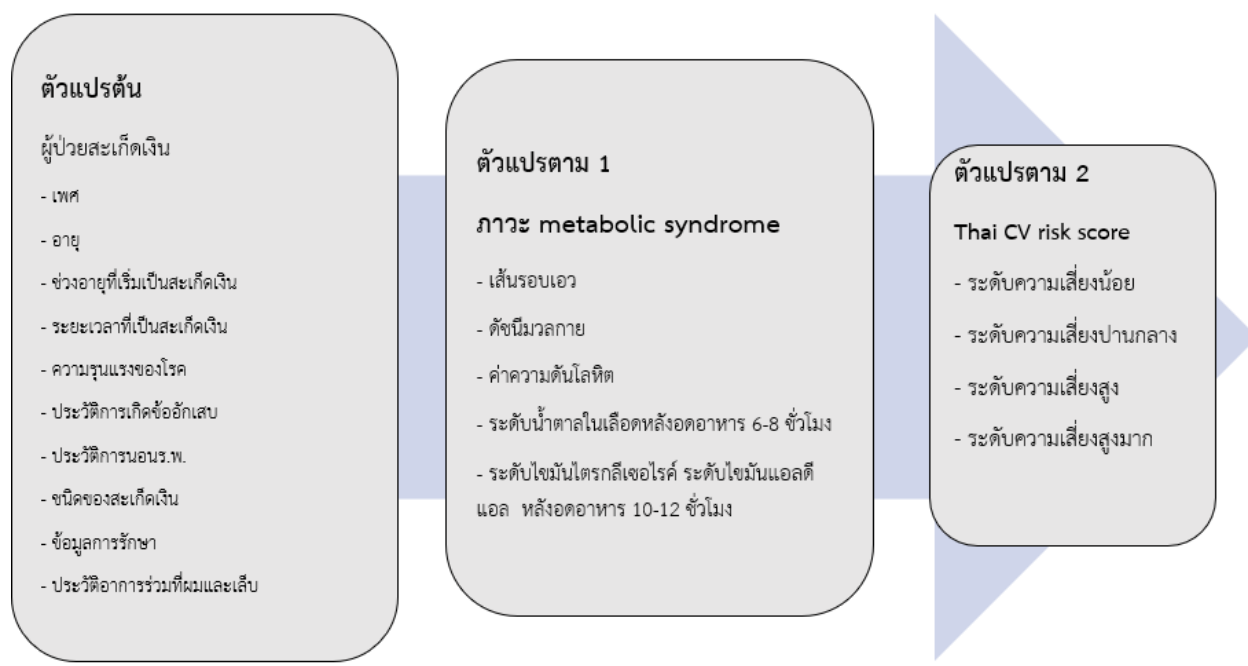
ข้อมูลจาก Health data center สถิติผู้ป่วยสะก่ดเงินในเขตสุขภาพที่ 4 ปี พ.ศ. 2561 -2563 มีผู้ป่วยสะก่ดเงินทั้งหมด 14,519 คน เป็นผู้ป่วยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 1,798 คน จากสถิติในร.พ.บางปะอินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 ผู้ป่วยโรคสะก่ดเงินคิดเป็นร้อยละ 2 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยผู้ป่วยสะก่ดเงินคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในแผนกโรคผิวหนัง โดยตั้งแต่ปีพ.ศ.2561 – 2565 มีผู้ป่วยสะก่ดเงินที่แผนกผู้ป่วยนอกร.พ.บางปะอินทั้งหมด 133 คน การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะก่ดเงินที่โรงพยาบาลบางปะอิน และการศึกษาความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะก่ดเงินด้วยการประเมิน Thai CV risk score ในผู้ป่วยสะก่ดเงินโรงพยาบาลบางปะอิน จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสะก่ดเงินและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ metabolic syndrome และโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตจึงเป็นที่มาของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะก่ดเงินโรงพยาบาลบางปะอินในครั้งนี้

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ผู้ป่วยโรคสะก่ดเงินทุกคนที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวหนังโรงพยาบาลบางปะอิน ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 พฤษภาคม 2566 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ เพศ อายุ ช่วงอายุที่เริ่มเป็นสะก่ดเงิน ความรุนแรงของโรค ประวัติการเกิดข้ออักเสบ ประวัติการนอนร.พ. ชนิดของสะก่ดเงิน ข้อมูลการรักษา ประวัติอาการร่วมที่ผมและเล็บ

ตัวแปรตาม ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินภาวะ metabolic syndrome และ Thai CV risk score ได้แก่ เส้นรอบเวด ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง ระดับไขมันคลอเลสเทอรอลรวม (total cholesterol) ระดับไขมันแอลดีแอล ระดับไขมันเอชดีแอล และ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังอดอาหาร 10-12 ชั่วโมง ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่

Conceptual framework



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cross-sectional analytical study โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคสะกดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวน้ำโรงพยาบาลบางปะอิน ระหว่างวันที่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 พฤษภาคม 2566 งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 40/2566 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคสะกดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวน้ำโรงพยาบาลบางปะอิน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 - 31 พฤษภาคม 2566 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 133 คน

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสะกดเจ็บที่เป็นสตรีมีครรภ์
2. ผู้ป่วยสะกดเจ็บที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)
3. ผู้ป่วยสะกดเจ็บที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction)

4. ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้าการรักษาในแผนกผิวหนังที่มีการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วนในส่วนของประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะ metabolic syndrome

นิยามศัพท์เฉพาะ (Definition)

เกณฑ์การวินิจฉัย metabolic syndrome มีเกณฑ์การวินิจฉัย 3 ใน 5 ข้อ ดังนี้ (IDF/NHBLI/AHA/World Heart Federation/International Atherosclerosis Society/International Association for the Study of Obesity, พ.ศ. 2552) 1) เส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตรในเพศชายหรือ ≥ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง (ในประชากรกลุ่มเอเชีย) 2) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) ≥ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2) 3) ระดับไขมัน triglyceride ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (หรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน) 4) ระดับไขมัน high density lipoprotein (HDL) ≤ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือ ≤ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง (หรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน) 5) ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท (หรือได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง)

กลุ่มประชากรสะเก็ดเงินที่มีโรครุนแรง (ประเมินโดย Psoriasis Area Severity Index (PASI) score ≥ 10 หรือ ประเมินโดยใช้พื้นที่รอยโรค (Body surface area) มากกว่าร้อยละ 5-10 มีความรุนแรงปานกลาง และพื้นที่รอยโรคมกกว่าร้อยละ 10 มีความรุนแรงมาก

การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย มีข้อมูลการศึกษาระยะยาวถึงอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเมแทบอลิซึมในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยหรือ EGAT heart study⁽¹³⁾ ข้อมูลในงานวิจัยนี้ได้พัฒนาเป็น Thai CV risk score ซึ่งใช้ประเมินความเสี่ยงในคนไทยระยะเวลาในการทำนายความเสี่ยง 10 ปี ปัจจัยที่ใช้ทำนายความเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ ค่าความดันโลหิต systolic ผลเลือดระดับไขมัน (total cholesterol, low density lipoprotein (LDL), high density lipoprotein (HDL)) เบาหวาน การสูบบุหรี่ รอบเอว ส่วนสูง โดยค่าความเสี่ยง <10% มีความเสี่ยงต่ำ 10- <20% ความเสี่ยงปานกลาง 20- <30% ความเสี่ยงสูง 30- <40% ความเสี่ยงสูงมาก $\geq 40\%$ ความเสี่ยงสูงอันตราย⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range) สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้แก่ Chi-square test, independent t-test, Mann-Whitney U test และ Fisher's exact test นำเสนอระดับความสัมพันธ์ด้วย odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษานในแผนกผิวหนัง โรงพยาบาลบางปะอินจำนวน 133 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 61 เพศหญิง ร้อยละ 39 อายุเฉลี่ย 53.3 ± 17.1 ปี อายุที่เริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินเฉลี่ย 48.9 ± 16.8 ปี โดยมีช่วงอายุที่เริ่มเป็นโรคน้อยกว่า 40 ปี (early onset) ร้อยละ 27.1 และตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (late onset) ร้อยละ 72.9 ระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน (total duration of psoriasis) มีค่ามัธยฐาน 4 ปี [IQR 2.00, 6.00] ประเภทของโรคสะเก็ดเงินพบว่าเป็นชนิดผื่นหนามากที่สุด ร้อยละ 93.2 ชนิดตุ่มหนองร้อยละ 3.8 และชนิดผื่นแดงลอกทั้งตัว ร้อยละ 1.5 ผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 13.5 ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินประเมินโดย PASI score มีค่ามัธยฐานที่ 8.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.1 และความรุนแรงมากร้อยละ 41.3 มีการรักษาด้วยยารับประทาน (systemic therapy) เช่น methotrexate, acitretin ร้อยละ 35.3 รักษาด้วยยาทาภายนอก (topical therapy alone) ร้อยละ 63.9 ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินพบว่ามีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 37.6 รองลงมาเป็นโรค ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 24.8 และเบาหวานร้อยละ 19.5 ตามลำดับ สูบบุหรี่ร้อยละ 22.6 ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ร้อยละ 26.3 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 27.4 กิโลกรัม/เมตร² พบเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25$ kg/m²) ร้อยละ 52.6 และผู้ที่มีภาวะ Metabolic syndrome ร้อยละ 35.3 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบางปะอิน (จำนวน 133 คน)

ลักษณะทั่วไป	
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)	
หญิง	52 (39.1)
ชาย	81 (60.9)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	53.3 ± 17.1
อายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงิน (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	48.9 ± 16.8
ช่วงอายุ < 40 ปี, จำนวน (ร้อยละ)	36 (27.1)
ช่วงอายุ \geq 40 ปี, จำนวน (ร้อยละ)	97 (72.9)
ระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.1 ± 7.7
ระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน (ปี), ค่ามัธยฐาน [IQR]	4.00 [2.00 – 6.00]
ผู้ที่มีประวัติโรคสะเก็ดเงินในครอบครัว, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)

ประเภทของโรคสะเก็ดเงิน, จำนวน (ร้อยละ)	
ชนิดผื่นหนา (plaque-type psoriasis)	126 (94.7)
ชนิดผื่นแดงลอกทั่วตัว (psoriasis erythroderma)	2 (1.5)
ชนิดตุ่มหนอง (pustular psoriasis)	5 (3.8)
จำนวนผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย, จำนวน (ร้อยละ)	18 (13.5)
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score), ค่ามัธยฐาน	8.4
ข้อมูลทางคลินิก	
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) , จำนวน (ร้อยละ)	
ความรุนแรงน้อย (PASI < 5)	30 (22.6)
ความรุนแรงปานกลาง (PASI 5 – 10)	48 (36.1)
ความรุนแรงมาก (PASI > 10)	55 (41.3)
การรักษาโรคสะเก็ดเงิน, จำนวน (ร้อยละ)	
การรักษาด้วยยาทาภายนอก (topical therapy alone)	85 (63.9)
การรักษาด้วยยาทาและยารับประทาน (systemic therapy)	47 (35.3)
ส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ	1 (0.8)
ประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ)	42 (31.6)
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)	
ความดันโลหิตสูง	50 (37.6)
โรคไขมันในเลือดสูง	33 (24.8)
เบาหวาน	26 (19.5)
โรคอื่นๆ	21 (15.8)
สูบบุหรี่, จำนวน (ร้อยละ)	30 (22.6)
ดื่มแอลกอฮอล์, จำนวน (ร้อยละ)	35 (26.3)
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม), ค่ามัธยฐาน [IQR]	67.9, 66 [54 – 78]
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร), ค่ามัธยฐาน [IQR]	161.4, 9.6 [155 - 168]
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กิโลกรัม/เมตร ²), ค่ามัธยฐาน [IQR]	27.4, 25.5 [22 - 29.8]

อ้วน(BMI \geq 25 kg/m ²), จำนวน (ร้อยละ)	70 (52.6)
ภาวะ metabolic syndrome, จำนวน (ร้อยละ)	47 (35.3)

IQR = interquartile range

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารักษาที่โรงพยาบาลบางปะอิน พบผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria) จำนวน 44 คน คงเหลือผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีข้อมูลในการประเมินภาวะ metabolic syndrome ทั้งหมด 89 คน จำแนกตามกลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome พบว่ามี metabolic syndrome 46 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 และไม่มีภาวะ metabolic syndrome 43 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 ช่วงอายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงิน (onset of psoriasis) มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีโอกาสเกิดภาวะ metabolic syndrome มากกว่าเริ่มเป็นอายุน้อยกว่า 40 ปี โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เริ่มเป็นตอนอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีโอกาสเป็น metabolic syndrome มากกว่า 10.6 เท่า (ODD ratio 10.6) ด้านปัจจัยอื่นๆที่พบความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พบเพศชายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินเป็น metabolic syndrome มากกว่าเพศหญิง ในกลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome จะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ metabolic syndrome พบข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วยมากกว่า ปัจจัยด้านการรักษาโรคสะเก็ดเงิน พบว่า กลุ่มโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน (systemic therapy) มีโอกาสเป็น metabolic syndrome ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการรักษาด้วยยาทาภายนอกเพียงอย่างเดียว (topical therapy alone) ส่วนอายุของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มสะเก็ดเงินที่มีภาวะ metabolic syndrome และไม่มีภาวะ metabolic syndrome ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome (จำนวน 89คน)

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน		P-value
	มีภาวะ metabolic syndrome, จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ metabolic syndrome, จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนผู้ป่วย	46 (51.7)	43 (48.3)	
เพศ			0.649
หญิง	15 (32.6)	16 (37.2)	
ชาย	31 (67.4)	27 (62.8)	

อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	59.6 \pm 1.4	53.4 \pm 16.5	0.0155
อายุในการเกิดโรคสะเก็ดเงิน (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	55.5 \pm 9.6	47.4 \pm 16.6	0.0031
ช่วงอายุในการเกิดโรคสะเก็ดเงิน (ปี)			0.001
ช่วงอายุ < 40 ปี	2 (4.4)	14 (32.6)	
ช่วงอายุ \geq 40 ปี	44 (95.7)	29 (67.4)	
ระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.5 \pm 3.1	7.1 \pm 12.7	0.472
ช่วงระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน (ปี)			0.89
< 10 ปี	42 (91.3)	38 (88.4)	
10 – 20 ปี	3 (6.5)	4 (9.3)	
> 20 ปี	1 (2.1)	1 (2.3)	
จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนอง (pustular psoriasis) หรือชนิดผื่นแดงลอกทั่วตัว (psoriasis erythroderma)			0.298
เป็น	0 (0)	1 (2.3)	
ไม่เป็น	46 (100)	42 (97.7)	
ผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย			0.48
มี	9 (19.6)	6 (14.0)	
ไม่มี	37 (80.4)	37 (86.1)	
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score)			0.18
รุนแรงน้อย (PASI < 5)	15 (32.6)	8 (18.6)	
รุนแรงปานกลาง (PASI 5 – 10)	11 (23.9)	17 (39.5)	
รุนแรงมาก (PASI > 10)	20 (43.5)	18 (41.9)	
การรักษาโรคสะเก็ดเงิน			0.80

การรักษาด้วยยาทาภายนอก (topical therapy alone)	29 (63.1)	26 (60.5)	
การรักษาด้วยยาทาและยารับประทาน (systemic therapy)	17(36.9)	17 (39.5)	
ประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาล			0.838
เคย	17 (36.9)	15 (34.9)	
ไม่เคย	29 (63.1)	28 (65.1)	

การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตของผู้ป่วยสะกดเงินทั้งหมด 133 ราย โดยใช้ Thai CV risk score พบมีค่ามัธยฐาน 19.38 [IQR 8.14,20.46] ซึ่งอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลาง (moderate risk) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตของผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางปะอิน (จำนวน 133คน)

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	
Thai CV risk score, ค่ามัธยฐาน [IQR]	19.38 [8.14,20.46]

และเมื่อจำแนกผู้ป่วยโรคสะกดเงินในกลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome และไม่มีภาวะ metabolic syndrome พบว่าผู้ป่วยสะกดเงินในกลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงสูงมาก (very high risk) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะกดเงินที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome (จำนวน 89 คน)

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	ผู้ป่วยสะกดเงิน		p-value
	มีภาวะ metabolic syndrome จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ metabolic syndrome จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนผู้ป่วย	46 (100)	43 (100)	
Thai CV risk score, ค่ามัธยฐาน [IQR]	20.12 [9.14, 30]	17.31 [5.3, 22.7]	0.448
Thai CV risk score, จำนวน (ร้อยละ)			0.551
< 10% (low risk)	13 (30.4)	14 (27.9)	
10% – 20% (moderate risk)	10 (19.6)	10 (18.6)	
20% - 30% (high risk)	11 (23.9)	13 (20.9)	
> 30% (very high risk)	12 (26.1)	6 (9.3)	

อภิปรายผล

โรคสะกดเงิน มีกระบวนการอักเสบผ่านทาง T helper type 1 และ T helper type 17 แต่กระบวนการ อักเสบเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับ T helper type 1 นอกจากนี้ การหลั่งสาร cytokine ที่เกี่ยวข้องกับโรคสะกดเงินแล้ว ยังมีความเกี่ยวข้องกับโรคร่วมที่มี systemic inflammation ได้แก่ ภาวะอ้วน metabolic syndrome, atherosclerosis, ภาวะหัวใจขาดเลือด, ความดันโลหิตสูง, insulin resistance และเบาหวาน⁽¹⁵⁾ การเพิ่มขึ้นของ cytokine เช่น tumor necrosis factor-alpha (TNF- α) และ adiponectin เกี่ยวข้องกับการเกิด metabolic syndrome⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ interferon-gamma, TNF- α และ interleukin 2 ยังมี ความเกี่ยวข้องกับการเกิด atherogenesis ในผู้ป่วยสะกดเงิน⁽¹⁷⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสะกดเงินมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน โรคอ้วน และ metabolic syndrome เพิ่มขึ้น⁽¹⁸⁻²²⁾ พบความชุก metabolic syndrome ในกลุ่มประชากร เอเชียประมาณ 10-30%⁽²³⁻²⁴⁾ และในประชากรไทยพบประมาณ 23.2%⁽²⁵⁾ ความชุกของ metabolic syndrome เพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคสะกดเงิน⁽²⁶⁾ การศึกษาความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะกดเงินคนไทยโดย Kokpol และ คณะพบว่าผู้ป่วยสะกดเงินมีภาวะ

metabolic syndrome เพิ่มขึ้น 2.25 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มควบคุม⁽²⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะกดเงินร้อยละ 35.3 โดยมีโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 37.6 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 24.8 และเบาหวานร้อยละ 19.5 ตามลำดับ พบผู้ที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 52.6 จากผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 133คน การศึกษาของ Fernández-Armenteros และคณะพบว่าเพศชายที่เป็นโรคสะกดเงินมีโอกาสที่จะเป็น metabolic syndrome มากกว่าเพศหญิงและเมื่อช่วงอายุ 70 ปี โอกาสเกิด metabolic syndrome จะใกล้เคียงกันจนกระทั่งอายุมากกว่า 75 ปี พบว่าเพศหญิงที่เป็นโรคสะกดเงินมีโอกาสที่จะเป็น metabolic syndrome มากกว่าเพศชาย⁽²⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสะกดเงินที่มีภาวะ metabolic syndrome เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มี metabolic syndrome จากการศึกษาของ Adışen, Gisondi และคณะพบว่า กลุ่มโรคสะกดเงินที่มี metabolic syndrome มีอายุที่มากกว่าและระยะเวลาที่เป็นโรคนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome⁽²⁹⁾ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสะกดเงินที่มีอายุที่เริ่มเป็นสะกดเงินมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี จะพบภาวะ metabolic syndrome มากกว่ากลุ่มที่เริ่มเป็นสะกดเงินอายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นก็มีโอกาสเกิดการอักเสบในร่างกายที่สะสมมากกว่า โอกาสเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมด้วยจึงมากขึ้น และการเป็นโรคสะกดเงินที่เริ่มเป็นในช่วงอายุมาก มีโอกาสเกิดอาการข้ออักเสบและเล็บร่วมด้วยมากกว่าและมีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงของโรคสะกดเงินมากกว่า รวมถึงการคัดกรองภาวะ metabolic syndrome มักทำอย่างครบถ้วนในช่วงอายุที่มากกว่า 40 ปี เนื่องจากในผู้ป่วยที่อายุน้อยเจ้าหน้าที่อาจยังไม่ตระหนักถึงโรคร่วมเหล่านี้

ปัจจัยในเรื่องชนิดของสะกดเงิน (clinical type) ความรุนแรงของโรคสะกดเงินจาก PASI score ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีและไม่มี Metabolic syndrome⁽³⁰⁾ นอกจากนี้ปัจจัยโรคข้ออักเสบสะกดเงิน และประวัติโรคสะกดเงินในครอบครัวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 2 กลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chularojanamontri และคณะ⁽³⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้

การศึกษาความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะกดเงินโดยใช้ Framingham risk score (FRS) ของ Mehta และคณะพบว่าความเสี่ยงโดยใช้ FRS เฉลี่ยอยู่ที่ 6.8 ± 7.10 ⁽³¹⁾ และเมื่อคำนวณ attributable risk ในผู้ป่วย สะกดเงินรุนแรงพบความเสี่ยงที่ 13.36 ± 7.10 การศึกษา ของ Fernández-Torres และคณะโดยใช้ FRS พบว่ามี จำนวนผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มีความเสี่ยงปานกลาง 30.5% และความเสี่ยงสูง 11.5% โดยพบว่าผู้ที่เป็นสะกดเงิน รุนแรงมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น⁽³²⁾ การศึกษาความเสี่ยงของ โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะกดเงินเอเชียพบว่า มีความเสี่ยงต่ำกว่าการศึกษาจากทางยุโรป เช่น การศึกษา ของ Choi และคณะ ความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะกดเงินโดยใช้ FRS พบว่ามีความเสี่ยงต่ำ 66.9% ความเสี่ยงปานกลาง 12.7% และมีความเสี่ยงสูง 5.1%⁽²²⁾ การศึกษาของ Khankham และคณะ โดยใช้ FRS และ Ramathibodi-Electricity Generating Authority of Thailand (RAMA-EGAT) heart score คำนวณความ

เสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะเก็ดเงินคนไทย 145 คน พบว่า มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับความเสี่ยงปานกลาง-สูง ($\geq 10\%$) คำนวณโดยใช้ FRS 25% และ RAMA-EGAT heart score 13% โดย พบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคและการรักษาเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽³³⁾

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ เมื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยสะเก็ดเงินโดยใช้ Thai CV risk score พบว่า มีค่ามัธยฐาน 19.38 [IQR 8.14,20.46] ซึ่งอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มสะเก็ดเงินที่มี metabolic syndrome มีจำนวนผู้ป่วยที่ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับความเสี่ยงสูงมาก (Thai CV risk $>30\%$) มากกว่ากลุ่มสะเก็ดเงินที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับ systemic inflammation เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน และ metabolic syndrome ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยอายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงินมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคสะเก็ดเงินและมีภาวะ metabolic syndrome ดังนั้นจึงควรมีการตรวจคัดกรองภาวะ metabolic syndrome อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับการรักษาอย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงในเรื่องหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

นอกจากนี้เมื่อประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งที่มีภาวะ metabolic syndrome และไม่มีภาวะ metabolic syndrome ด้วย Thai CV risk score พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีแนวโน้มความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อจำกัด

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินปัจจุบันที่รพ.บางปะอิน เป็นการตรวจร่วมกันกับโรคผิวหนังทั่วไปอื่นๆ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงิน ปัจจัยกระตุ้น การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน การศึกษานี้พบว่ายังขาดข้อมูลในเรื่องของการซักประวัติทางด้านประวัติสะเก็ดเงินในครอบครัว และขาดการคัดกรองภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยการศึกษานี้มีผู้ป่วย 44 คน (ร้อยละ 33) ที่ขาดข้อมูลในการประเมินภาวะ metabolic syndrome ให้ครบถ้วน โดยส่วนใหญ่ขาดข้อมูลการวัดเส้นรอบเอวและการเจาะเลือดคัดกรองไขมันในเลือด ทำให้ผลการศึกษานี้ยังไม่พบปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับ

ภาวะ metabolic syndrome ดังนั้นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินให้ครบถ้วนจะช่วยให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลบางปะอิน ควรจัดตั้งคลินิกสะเก็ดเงินแยกออกมาจากคลินิกผิวหนังทั่วไป เพื่อให้แพทย์ผิวหนังและเจ้าหน้าที่ที่มีเวลาในการตรวจร่างกาย ซักประวัติ และคัดกรองโรคที่สำคัญโดยเฉพาะภาวะ metabolic syndrome เพื่อป้องกันโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในอนาคต รวมถึงให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยสะเก็ดเงินให้ดีขึ้นจะทำให้ผลการรักษาโรคสะเก็ดเงินดีขึ้นด้วย ในอนาคตสามารถนำข้อมูลที่ได้หลังจากการจัดตั้งคลินิกสะเก็ดเงินมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินให้ดีขึ้น ควรมีการทำสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเพิ่มเติมถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะ metabolic syndrome และความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจคัดกรองภาวะเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์แนะนำ

นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะของการวิจัยแบบ case control study เพื่อหาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Neimann, A. L., Shin, D. B., Wang, X., Margolis, D. J., Troxel, A. B., & Gelfand, J. M. (2006). Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 55(5), 829–835.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.08.040>
2. Griffiths, C. E. M., Iaccarino, L., Naldi, L., Olivieri, I., Pipitone, N., C. Salvarani, & Doria, A. (2006). Psoriasis and psoriatic arthritis: immunological aspects and therapeutic guidelines. *PubMed*, 24(1 Suppl 40), S72-8.
3. Terui, T., Ozawa, M., & Tagami, H. (2000). Role of neutrophils in induction of acute inflammation in T-cell-mediated immune dermatosis, psoriasis: A neutrophil-associated inflammation-boosting loop. *Experimental Dermatology*, 9(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0625.2000.009001001.x>
4. Lowes, M. A., Kikuchi, T., Fuentes-Duculan, J., Cardinale, I., Zaba, L. C., Haider, A. S., Bowman, E. P., & Krueger, J. G. (2008). Psoriasis Vulgaris Lesions Contain Discrete Populations of

- Th1 and Th17 T Cells. *Journal of Investigative Dermatology*, 128(5), 1207–1211.
<https://doi.org/10.1038/sj.jid.5701213>
5. Aekplakorn, W., Kessomboon, P., Sangthong, R., Chariyalertsak, S., Putwatana, P., Inthawong, R., Nitiyanant, W., & Taneepanichskul, S. (2011). Urban and rural variation in clustering of metabolic syndrome components in the Thai population: results from the fourth National Health Examination Survey 2009. *BMC Public Health*, 11(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-854>
 6. Gottlieb, A. B., Dann, F., & Menter, A. (2008). Psoriasis and the metabolic syndrome. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD*, 7(6), 563–572. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18561588/>
 7. TAKAHASHI, H., & IIZUKA, H. (2011). Psoriasis and metabolic syndrome. *The Journal of Dermatology*, 39(3), 212–218. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2011.01408.x>
 8. Takahashi, H., Takahashi, I., Honma, M., Ishida-Yamamoto, A., & Iizuka, H. (2010). Prevalence of metabolic syndrome in Japanese psoriasis patients. *Journal of Dermatological Science*, 57(2), 143–144. <https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2009.11.002>
 9. Armstrong, A. W., Harskamp, C. T., & Armstrong, E. J. (2013). Psoriasis and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(4), 654–662. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.08.015>
 10. José, M., & Herney Andrés García-Perdomo. (2017). Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(4), 657-666.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.04.1133>
 11. Kokpol, C., Aekplakorn, W., & Rajatanavin, N. (2014). Prevalence and characteristics of metabolic syndrome in South-East Asian psoriatic patients: A case-control study. *The Journal of Dermatology*, 41(10), 898–902. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.12614>
 12. Gisondi, P., Fostini, A. C., Fossà, I., Girolomoni, G., & Targher, G. (2018). Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clinics in Dermatology*, 36(1), 21–28.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.005>

13. Piyamitr Sritara, Sayan Cheepudomwit, Chapman, N., Woodward, M., Chomsri Kositchaiwat, Supoch Tunlayadechanont, Sura, T., Bunlue Hengprasith, Vichai Tanphaichitr, Somchart Lochaya, Neal, B., Supachai Tanomsup, & Tada Yipintsoi. (2003). *Twelve-year changes in vascular risk factors and their associations with mortality in a cohort of 3499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand Study*. 32(3), 461–468.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyg105>
14. *Thai CV 2015*. (2015). Mahidol.ac.th.
https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
15. Gulliver, W. (2008). Long-term prognosis in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 159, 2–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08779.x>
16. TAKAHASHI, H., & IIZUKA, H. (2011). Psoriasis and metabolic syndrome. *The Journal of Dermatology*, 39(3), 212–218. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2011.01408.x>
17. Hugh, J., Van Voorhees, A. S., Nijhawan, R. I., Bagel, J., Lebwohl, M., Blauvelt, A., Hsu, S., & Weinberg, J. M. (2014). From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: The risk of cardiovascular disease in individuals with psoriasis and the potential impact of current therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(1), 168–177.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.09.020>
18. Herron, M. D., Hinckley, M., Hoffman, M. S., Papenfuss, J., Hansen, C. B., Callis, K. P., & Krueger, G. G. (2005). Impact of Obesity and Smoking on Psoriasis Presentation and Management. *Archives of Dermatology*, 141(12).
<https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1527>
19. Shapiro, J., Cohen, A. D., David, M., Hodak, E., Chodik, G., Viner, A., Kremer, E., & Heymann, A. (2007). The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: A case-control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 56(4), 629–634.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.09.017>

20. Cohen, A., Gilutz, H., Henkin, Y., Zahger, D., Shapiro, J., Bonne, D., & Vardy, D. (2007). Psoriasis and the Metabolic Syndrome. *Acta Dermato-Venereologica*, *87*(6), 506–509. <https://doi.org/10.2340/00015555-0297>
21. Cohen, A., Weitzman, D., & Dreiherr, J. (2010). Psoriasis and Hypertension: A Case-Control Study. *Acta Dermato Venereologica*, *90*(1), 23–26. <https://doi.org/10.2340/00015555-0741>
22. Choi, W. J., Park, E. J., Kwon, I. H., Kim, K. H., & Kim, K. J. (2010). Association between Psoriasis and Cardiovascular Risk Factors in Korean Patients. *Annals of Dermatology*, *22*(3), 300. <https://doi.org/10.5021/ad.2010.22.3.300>
23. Gu, D., Reynolds, K., Wu, X., Chen, J., Duan, X., Reynolds, R. F., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome and overweight among adults in China. *The Lancet*, *365*(9468), 1398–1405. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)66375-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)66375-1)
24. Kim, H. M., Kim, D. J., Jung, I. H., Park, C., & Park, J. (2007). Prevalence of the metabolic syndrome among Korean adults using the new International Diabetes Federation definition and the new abdominal obesity criteria for the Korean people. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *77*(1), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2006.10.009>
25. Aekplakorn, W., Kessomboon, P., Sangthong, R., Chariyalertsak, S., Putwatana, P., Inthawong, R., Nitiyanant, W., & Taneepanichskul, S. (2011). Urban and rural variation in clustering of metabolic syndrome components in the Thai population: results from the fourth National Health Examination Survey 2009. *BMC Public Health*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-854>
26. Gisondi, P., Tessari, G., Conti, A., Piaserico, S., Schianchi, S., Peserico, A., Giannetti, A., & Girolomoni, G. (2007). Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *British Journal of Dermatology*, *157*(1), 68–73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.07986.x>

27. Kokpol, C., Aekplakorn, W., & Rajatanavin, N. (2014). Prevalence and characteristics of metabolic syndrome in South-East Asian psoriatic patients: A case-control study. *The Journal of Dermatology*, *41*(10), 898–902. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.12614>
28. Fernández-Armenteros, J. M., Gómez-Arbonés, X., Buti-Soler, M., Betriu-Bars, A., Sanmartin-Novell, V., Ortega-Bravo, M., Martínez-Alonso, M., Garí, E., Portero-Otín, M., Santamaria-Babi, L., & Casanova-Seuma, J. M. (2019). Psoriasis, metabolic syndrome and cardiovascular risk factors. A population-based study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, *33*(1), 128–135. <https://doi.org/10.1111/jdv.15159>
29. Adışen, E., Uzun, S., Erduran, F., & Gürer, M. A. (2018). Prevalence of smoking, alcohol consumption and metabolic syndrome in patients with psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *93*(2), 205–211. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20186168>
30. Chularojanamontri, L., Wongpraparut, C., Silpa-Archa, N., & Chaweekulrat, P. (2016). Metabolic syndrome and psoriasis severity in South-East Asian patients: An investigation of potential association using current and chronological assessments. *The Journal of Dermatology*, *43*(12), 1424–1428. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13540>
31. Mehta, N. N., Krishnamoorthy, P., Yu, Y., Khan, O., Raper, A., Van Voorhees, A., Troxel, A. B., & Gelfand, J. M. (2012). The impact of psoriasis on 10-year Framingham risk. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *67*(4), 796–798. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.05.016>
32. Fernández-Torres, R., Pita-Fernández, S., & Fonseca, E. (2012). Psoriasis and cardiovascular risk. Assessment by different cardiovascular risk scores. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *27*(12), 1566–1570. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04618.x>
33. Sakunee Khankham, Chularojanamontri, L., Chanisada Wongpraparut, Narumol Silpa-archa, Nuttaporn Janyong, & Prin Vathesatogkit. (2015). Coronary artery events in Thai patients with psoriasis using Framingham and Ramathibodi–Electricity Generating Authority of

Thailand risk scores. *Asian Biomedicine*, 9(4), 495–500. <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0904.419>