

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กรรณิการ์ เชื้อหวทวีสัน พ.บ.,ว.ว.

Quality of life of psoriasis and family participation, Vachira phuket hospital.

Abstract

Background: Psoriasis is a common inflammatory skin disease. The present study of severity, knowledge of the psoriasis patient and quality of life of psoriasis among Thai patients with psoriasis is limited. There are many problems that arise from both patient and family's misunderstanding about the psoriatic disease and lack of continuing care system. **Objective:** To study clinical data, disease severity, quality of life and to evaluate the problems of the psoriasis patients found in the treatment therapy. **Methods:** A cross sectional-study was conducted by interviewing 128 psoriasis patients, filled out the questionnaires within six-months period and followed up the severity after the educational of psoriasis had been given to the patients and care givers for three months. **Results:** The common comorbidities included; dyslipidemia (67.2%), Obesity (53.9%) hypertension (43.8%), metabolic syndrome (42.2%) and diabetes (20.3%). The average BMI of male and female patients were 25.77 kg/m² and 27.63 kg/m², waist circumference were 93.72 cm. and 95.71 cm. respectively. Those are higher than the Thai standard. Average age of onset in psoriatic patients was 11.07 years (range 4 to 76 years). The most common type was chronic plaque (94.5%). Parts of the body were scalp (98.4%), arm / legs (88.3%) and trunk (87.5%). The association symptoms were pruritus (84.4%), malaise (29.7%), burning sensation (20.3%) fever (13.3%) and stress (0.8%). Psoriatic arthritis was found 15.6% of the patients and the finger joint was the most common area. 76.6% of the patients had psoriatic nail consisted of onycholysis (76.5%) and pitting nail (63.3%). 43.8% of the patients were treated with methotrexate (MTX). The most common indication of MTX prescribed was area involvement of psoriasis >10% of BSA. Almost one-fourth of the

Kanikar seawthaweesin M.D.
Outpatient Department,
Vachira phuket hospital,
Muang, Phuket 83000

patients had ever used herbal remedies containing steroid. There was 59.4% of the psoriasis patients had never known how to control the symptoms, 40.6% uneducated about the treatment medications and 33.6% had got the side effect caused from inappropriate use of steroids. Mean of PASI among the psoriasis patients before attended health education was 12.78 graded from severity 35.7%, mild 33.3% and moderate 31.0%. After attended health education the mean of PASI had decreased to 6.4 graded in mild 63.3% moderate 21.1% and severe 14.1% in associated with improvement of quality of life (DLQI) and psoriasis disability index (PDI), significantly (p-value <0.001). There were 50% of the psoriasis patients had 3-4 family members. 67.2% of the patients had caregivers mostly are wives. After health education had been given to the psoriasis patients and caregivers mean of PASI decreased in this group compared to the non-caregivers group. The average scores of patients and caregivers concerning to the knowledge of psoriasis disease had increased significantly (p-value <0.001). Conclusions: The level of the disease knowledge in the patients with psoriasis influences their quality of life. Therefore it is indicated for the patients and their families to be involved in the proper educational program.

Keyword : Psoriasis, The Psoriasis Area and Severity Index (PASI), quality of life

บทคัดย่อ

ความสำคัญและที่มาของการวิจัย : โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติ ปัจจุบันการศึกษาข้อมูล ในด้านความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ความเข้าใจเรื่องโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ปัญหาของผู้ป่วยสะเก็ดเงินยังเกิดจากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และการขาดระบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง **วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาข้อมูลทางคลินิก ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ความเข้าใจเรื่องโรค คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน รวมทั้งสำรวจปัญหาของผู้ป่วยที่พบในการรักษา **วิธีการวิจัย :** ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวนทั้งหมด 128 คน และกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ในระยะเวลา 6 เดือน และติดตามความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินที่ 3 เดือนหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ **ผลการวิจัย :** โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคระดับไขมัน ในเลือดสูง 86 คน (ร้อยละ 67.2) รองลงมาเป็น Obesity 69 คน (ร้อยละ 53.9) ความดันโลหิตสูง 56 คน (ร้อยละ 43.8) Metabolic syndrome 54 คน (ร้อยละ 42.2) และ เบาหวาน 26 คน (ร้อยละ 20.3) ผู้ป่วยเพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (Body mass index) 25.77 และ 27.63 kg/m² ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 93.72 และ 95.71 cm. ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสูงกว่าค่ามาตรฐานสำหรับคนไทย อายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงินอยู่ในช่วง 4 ถึง 76 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วย

เป็นโรคสะเก็ดเงิน 11.07 ปี ชนิดของสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุด คือ chronic plaque ร้อยละ 94.5 บริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นมากที่สุดคือ หนึ่งศีรษะ ร้อยละ 98.4 แขน ขา ร้อยละ 88.3 และ ลำตัว ร้อยละ 87.5 อาการร่วมอื่นๆ ที่พบมากที่สุด คือ อาการคัน ร้อยละ 84.4 รองลงมา คือ อาการปวดเมื่อยร่างกาย (ร้อยละ 29.7) ปวดแสบผื่น (ร้อยละ 20.3) ใช้ (ร้อยละ 13.3) และ เครียด นอนไม่หลับ (ร้อยละ 0.8) อาการปวดข้ออักเสบสะเก็ดเงินพบ ร้อยละ 15.6 พบว่าข้อนิ้วมือเป็นตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด เเสบผื่นปกติดพบมากถึง ร้อยละ 76.6 ซึ่งแบ่งเป็นชนิด onycholysis มากที่สุด ร้อยละ 76.5 รองลงมา คือ pitting nail ร้อยละ 63.3 ผู้ป่วยสะเก็ดเงิน ร้อยละ 43.8 รับประทานยา Methotrexate ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีข้อบ่งชี้ของการได้รับยา คือ ความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน >10%BSA ผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 มีประวัติใช้ หรือ เคยใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร/ยาต้ม/ยาหม้อมาก่อน ผู้ป่วยร้อยละ 59.4 ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้น ที่ทำให้ผื่นสะเก็ดเงินเห่อ ผู้ป่วยร้อยละ 40.6 ขาดความรู้เรื่องการไ้ยาการรักษา และร้อยละ 33.6 มีผลข้างเคียงในการรักษาซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากการทายา steroid ไม่ถูกวิธี ก่อนให้ความรู้ผู้ป่วยมีคะแนน PASI เฉลี่ย 12.78 จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม severe ร้อยละ 35.7, mild ร้อยละ 33.3 และ moderate ร้อยละ 31.0 หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมีคะแนน PASI เฉลี่ยที่ลดลงเท่ากับ 6.4 และมีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินลดลงอยู่ในกลุ่ม mild ร้อยละ 63.3 moderate ร้อยละ 21.1 และ severe ร้อยละ 14.1 สอดคล้องกับผลระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) และ Psoriasis disability index (PDI) หลังการให้ความรู้ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ผู้ป่วยสะเก็ดเงินประมาณ ร้อยละ 50 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ผู้ป่วยร้อยละ 67.2 มีญาติช่วยดูแลทายาให้ ซึ่งผู้ที่ช่วยดูแลมากที่สุด คือ ภรรยา ร้อยละ 29.7 หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีญาติดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม

คำรหัส : โรคสะเก็ดเงิน, การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน, คุณภาพชีวิต

O Original Articles

นิตินันต์ฉบับ

(เวชศาสตร์ครอบครัว), Fellow in clinical dermatology, Clinical fellow in dermatosurgery
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จ.ภูเก็ต 83000

บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติ คาดกันว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 1-3 ของประชากรโลก¹ ในเพศชายและหญิงพบได้เท่าๆกัน แต่ความชุกอาจต่างกันระหว่างชนชาติต่างๆ² ประเทศไทยยังไม่มีรายงานตัวเลขที่ชัดเจนเพราะขาดการลงทะเบียนที่เป็นระบบ³ อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาการกระจายของโรค ชนิดของผื่นสะเก็ดเงิน และการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงินในแต่ละภูมิภาคพบว่าอายุที่เริ่มเป็นผื่นเฉลี่ย 30.9 ปี ผื่นที่พบเป็นชนิด

chronic plaque มากที่สุด โดยลักษณะโรคสะเก็ดเงินที่พบในแต่ละภูมิภาคไม่มีความแตกต่างกัน⁴ สะเก็ดเงินสามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเมื่ออายุประมาณ 15-30 ปี โดยพบว่าโรคนี้ได้มา 2 ช่วงอายุ คือ 20-30 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อย มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงและต้องการรักษา⁵ โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่มีผื่นผิวหนังอักเสบแบบเรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อโรคร่วมอื่นๆ หรือ comorbidities หลายโรค ได้แก่ ข้ออักเสบเรื้อรัง (psoriatic arthritis) กลุ่มอาการทางเมตาบอลิก

(metabolic syndrome) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease and atherosclerosis) โรคตับ(nonalcoholic fatty liver disease) โรคในทางระบบภูมิคุ้มกันอื่นๆ เช่น Crohn's disease, ulcerative colitis เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหรือดื่มสุราความวิตกกังวล และโรคป่วยทางจิต (psychological and psychiatric disorder)⁶ โรคสะกิดเงินมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อาการผื่นคันและการปวดข้อรบกวนชีวิตประจำวัน มีผลต่อการทำงาน และรอยโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้เป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจ และอาจนำไปสู่การแยกตัวทางสังคม หรือถึงขั้นซึมเศร้าจนอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ โรคสะกิดเงินส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานและมีปัญหาทางการเงินทั้งจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และจากรายได้ที่ลดลงจากการหยุดงาน^{3,7} จากข้อมูลสถิตีย้อนหลังของโรงพยาบาลศิริราชพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโรคผิวหนังทั้งหมดในปี 2556 - 2559 มีจำนวนเฉลี่ย 9,269 คน มีผู้ป่วยโรคสะกิดเงินเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2556-2559 เฉลี่ย 150 คนต่อปี แต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลในเรื่องความรุนแรงของโรคสะกิดเงิน ปัญหาในด้านการดูแลรักษา โรคร่วมที่พบในผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โครงการวิจัยนี้จึงทำขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคสะกิดเงินเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และพัฒนาคลินิกโรคสะกิดเงินของโรงพยาบาลศิริราชต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะกิดเงิน ความรุนแรงของโรคสะกิดเงิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะกิดเงิน(PASI) โรงพยาบาลศิริราช
2. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคสะกิดเงิน เช่น ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสะกิดเงิน และการปฏิบัติตัว ปัญหาด้านการดูแลรักษา และปัญหาด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะกิดเงิน โรงพยาบาลศิริราช และเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้

4. เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสะกิดเงินของผู้ป่วยและญาติ ก่อนและภายหลังการสอนให้ความรู้โดยแพทย์

ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาในเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Analytic study) โดยศึกษาผู้ป่วยโรคสะกิดเงินที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง มกราคม พ.ศ. 2561 และติดตามความรุนแรงของผื่นสะกิดเงินที่ 3 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะกิดเงินทุกคน ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง มกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 128 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะกิดเงินทุกคน ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง มกราคม พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 PQ}{d^2}$$

Z = เป็นค่าจากตาราง Z

ที่ความเชื่อมั่น 95%, $\alpha = 0.05$

$Z_{\alpha/2} = 1.96$

P = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคสะกิดเงิน 0.017 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชในปี 2556-2559

Q = 1 - P = 1 - 0.017 = 0.983

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการวิจัย = 0.03

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.017) (0.983)}{(0.03)^2}$$

n = 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ อาหารเสริม/ยาสมุนไพร ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

2. แบบบันทึกประวัติโรคสะเก็ดเงิน โรคร่วม comorbidities การรักษาโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรค สะเก็ดเงิน ชนิดของสะเก็ดเงิน บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น อาการร่วมอื่นๆ อาการปวดข้อ psoriatic arthritis เติบโตผิดปกติ โรคร่วม comorbidities การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผู้ป่วยได้รับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าเดินทางมารักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมของญาติช่วยดูแลทายา

3. แบบบันทึกการประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นจาก bodysurface area involvement, erythema, induration and scaling ของผื่นในส่วนต่างๆ ของร่างกาย^{8,9} แบ่งระดับความรุนแรงเป็น mild (PASI score < 7), moderate (PASI score = 7-12) และ severe (PASI score > 12)³ โดยประเมิน PASI ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ และที่ 3 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

4. แบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง Dermatology Life Quality Index (DLQI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Clinical practice guideline for psoriasis)⁹ ซึ่งแบบสอบถาม DLQI ฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความเที่ยงและความตรงแล้ว โดย แพทย์หญิง กนกวลัย กุลทันทน์และคณะ¹⁰ แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมิน ผื่นผิวหนัง ทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับคะแนนตั้งแต่ มาก (3) ปานกลาง (2) เล็กน้อย (1) และ ไม่มีเลย (0) จำนวน 10 ข้อ โดยรวมคะแนนจากทุกข้อแปลผล คือ

คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (no effect on patients' life) คะแนน 2-5 หมายถึง มีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (small effect on patients' life) คะแนน 6-10 หมายถึง มีผลกระทบปานกลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (moderate effect on patients' life) คะแนน 11-20 หมายถึง มีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (very large effect on patients' life) คะแนน 21-30 หมายถึง มีผลกระทบอย่างมากมายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (extremely large effect on patients' life)

5. แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ง่ายและเชื่อถือได้ ในการประเมินคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงิน¹¹ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินโรคสะเก็ดเงินทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 5 มิติ คือ ชีวิตประจำวัน (daily activities) 5 ข้อ, การทำงานหรือการไปโรงเรียน (work or school) 3 ข้อ, ความสัมพันธ์ส่วนตัว (personal relationships) 2 ข้อ การใช้เวลารว่าง (leisure) 4 ข้อ และการรักษา (treatment) 1 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่มากที่สุด (3) มาก (2) เล็กน้อย (1) และ ไม่มีเลย (0) จำนวน 15 ข้อ โดยรวมคะแนนจากทุกข้อ ผลคะแนนรวมมากที่สุดเท่ากับ 45 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน การแปลผล คือ ผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนสูง หมายถึง โรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ตามลำดับของคะแนนที่รวมได้

6. การประเมินความรู้ ในเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยและญาติจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีข้อความให้อาสาสมัครทำเครื่องหมาย ในตัวเลือก ดังต่อไปนี้ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ในแต่ละข้อจะมีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 คำตอบ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 25 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ สาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน (ข้อ 1-5), ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน (ข้อ 6-10), อาการของโรคสะเก็ดเงิน (ข้อ 11-15), แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน (ข้อ 16-20) และการพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน (ข้อ 21-25) ข้อคำถามดังกล่าว

ได้นำมาจากบทความของอาจารย์แพทย์ผิวหนัง¹²⁻¹⁵ และได้ถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคผิวหนัง 2 ท่าน ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยแพทย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอคำรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หมายเลขจริยธรรม VPH REC 015/2017 จากนั้นเข้าชี้แจงกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทราบว่าจะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคผิวหนัง แผนกอายุรกรรม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เชื้อชาติไทยทั้งชายและหญิง อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่มีประวัติของการป่วยทางจิตเวช หรือ มีปัญหาที่อาจทำให้ไม่สามารถเข้าใจแบบสอบถามได้ และ ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent T-test และ Paired T-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ข้อมูลทั่วไป

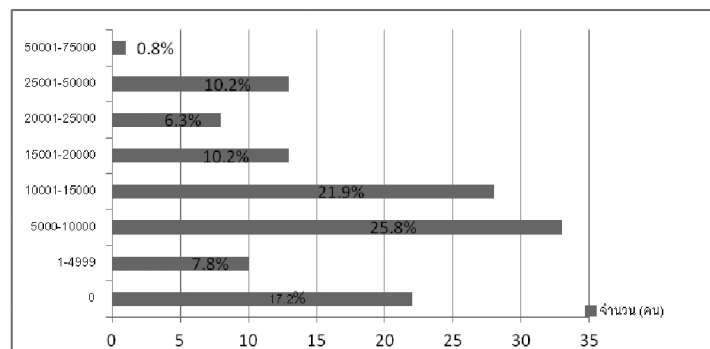
ผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 128 คน ผู้ป่วยชาย 74 คน (ร้อยละ 57.8) หญิง 54 คน (ร้อยละ 42.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา 52 คน (ร้อยละ 40.6) และมัธยมศึกษา 33 คน (ร้อยละ 25.8) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยเพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (Body mass index) 25.77 และ 27.63 kg/m² ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 93.72 และ 95.71 cm. ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสูงกว่าค่ามาตรฐานสำหรับคนไทยซึ่งค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพศชายและหญิงมีค่าเท่ากับ 23 และ 24.8 kg/m² ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวอยู่ในช่วง 82-85 cm.¹⁶ โรคประจำตัวพบเป็นโรคระดับไขมันในเลือดสูงมากที่สุด 86 คน (ร้อยละ 67.2) รองลงมาเป็น Obesity 69 คน (ร้อยละ 53.9) Metabolic syndrome 54 คน (ร้อยละ 42.2) ความดันโลหิตสูง 56 คน (ร้อยละ 43.8) เบาหวาน 26 คน (ร้อยละ 20.3) ยาลดความดันที่ใช้มากที่สุดคือ ยาในกลุ่ม Calcium channel blocker 29 คน (ร้อยละ 22.7) มีผู้ป่วยที่ได้รับยา Prednisolone 6 คน (ร้อยละ 4.7) เพื่อควบคุมอาการปวดข้อจาก psoriatic arthritis (PSA) 5 คน และ gout 1 คน มีผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวด NSAIDs 7 คน (ร้อยละ 5.5) ซึ่งมีผู้ป่วย 1 คนที่ต้องกินยา NSAIDs 2 ชนิด จึงจะควบคุมอาการปวดข้อจาก psoriatic arthritis ได้ มีผู้ป่วยกินอาหารเสริมหรือยาสมุนไพร 20 คน (ร้อยละ 15.6) เคยกินยาสมุนไพรแต่หยุดแล้ว 8 คน (ร้อยละ 6.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ 77 คน (ร้อยละ 60.1) และไม่เคยมั้สุรา 63 คน (ร้อยละ 49.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=128)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ	อายุเฉลี่ย 49.16 ปี (SD 14.6 , range 14-78)		
เพศ	ชาย 74 (ร้อยละ 57.8)	หญิง 54 (ร้อยละ 42.2)	
ศาสนา	พุทธ 108 (ร้อยละ 84.4)	อิสลาม 20 (ร้อยละ 15.6)	
สถานภาพการสมรส	สมรส 81(ร้อยละ 63.3)	โสด 27 (ร้อยละ 21.1)	หย่า 9 (ร้อยละ 7.0)
	ม่าย 6(ร้อยละ 4.7)	แยกกันอยู่ 5(ร้อยละ 3.9)	
ภูมิลำเนา	ภาคใต้ 101 (ร้อยละ 78.9)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14 (ร้อยละ 10.9)	
	ภาคกลาง 7 (ร้อยละ 5.5)	ภาคเหนือ 4 (ร้อยละ 3.1)	ภาคตะวันออก 2 (ร้อยละ 1.6)
	การศึกษา 52 (ร้อยละ 40.6)	มัธยมศึกษา 33 (ร้อยละ 25.8)	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 26 ร้อยละ (20.3)
อาชีพ	อนุปริญญา 10(ร้อยละ 7.8)	อาชีวศึกษา 6 (ร้อยละ 4.7)	ปวช. 1 (ร้อยละ 0.8)
	รับจ้าง 43 (ร้อยละ 33.6)	แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ 18 (ร้อยละ 14.1)	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 15 (ร้อยละ 11.7)
	เกษตรกร 11 (ร้อยละ 8.6)	เกษียณอายุ 11 (ร้อยละ 8.6)	พนักงานบริการ 8 (ร้อยละ 6.3)
	นักเรียน/นักศึกษา 5 (ร้อยละ 3.9)	ครู 4 (ร้อยละ 3.1)	ทำงานสำนักงาน 4 (ร้อยละ 3.1)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3 (ร้อยละ 2.3)	กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน 3 (ร้อยละ 2.3)	ทหาร ตำรวจ 2 (ร้อยละ 1.6)
	บุคลากรทางการแพทย์ 1 (ร้อยละ 0.8)		
สิทธิการรักษา	สิทธิ 30 บาท 53 (ร้อยละ 41.4)	ประกันสังคม 49 (ร้อยละ 38.3)	สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 12 (ร้อยละ 9.4)
	ผู้สูงอายุเกิน 60 ปี 10 (ร้อยละ 7.8)	ผู้พิการ 2 (ร้อยละ 1.6)	ชำระเอง 2 (ร้อยละ 1.6)

ระดับรายได้ (บาท)



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)	
โรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว 115	ไม่มีโรคประจำตัว 13	
	(ร้อยละ 89.8)	(ร้อยละ 10.2)	
	ระดับไขมันในเลือดสูง 86	Obesity 69	ความดันโลหิตสูง 56
	(ร้อยละ 67.2)	(ร้อยละ 53.9)	(ร้อยละ 43.8)
	Metabolic syndrome 54	เบาหวาน 26	โรคตับ 23
	(ร้อยละ 42.2)	(ร้อยละ 20.3)	(ร้อยละ 17.9)
	โรคข้อ 12	Gout/hyperuricemia 8	โรคไต 8
	(ร้อยละ 9.4)	(ร้อยละ 6.3)	(ร้อยละ 6.3)
	โรคระบบทางเดินอาหาร 5	โรคทางระบบประสาท 5	โรคหัวใจ 4
	(ร้อยละ 3.9)	(ร้อยละ 3.9)	(ร้อยละ 3.1)
	โรคปอด 4	Cellulitis 4	Hypothyroidism 4
	(ร้อยละ 3.1)	(ร้อยละ 3.1)	(ร้อยละ 3.1)
	ความพิการ 4 (ร้อยละ 3.1)	OA knee 4 (ร้อยละ 3.1)	โรคเมเร็ง 4 (ร้อยละ 3.1)
	Tendinitis/myalgia 2	Alcoholism 2	Mild NPDR 2
	(ร้อยละ 1.6)	(ร้อยละ 1.6)	(ร้อยละ 1.6)
	ต่อมลูกหมากโต(BPH) 2	HIV 2	Flat wart 1
	(ร้อยละ 1.6)	(ร้อยละ 1.6)	(ร้อยละ 0.8)
	ไมเกรน 1(ร้อยละ 0.8)	Myoma uteri 1(ร้อยละ 0.8)	
ยารับประทานประจำ	มี 75 (ร้อยละ 58.6)	ไม่มี 53 (ร้อยละ 41.4)	
ยาลดความดัน	Calcium channel blocker 29	ACEI 15	ARB 12
	(ร้อยละ 22.7)	(ร้อยละ 11.7)	(ร้อยละ 9.4)
	Beta blocker 5	Diuretic 5	Alpha1receptor
	(ร้อยละ 3.9)	(ร้อยละ 3.9)	blocker 4 (ร้อยละ 3.1)
	Vasodilator (hydralazine) 2		
	(ร้อยละ 1.6)		
Prednisolone	มี 6	ไม่มี 119	เคยกินแต่หยุดแล้ว 3
	(ร้อยละ 4.7)	(ร้อยละ 93.0)	(ร้อยละ 2.3)
ยาแก้ปวด NSAIDs	มี 7	ไม่มี 116	เคยกินแต่หยุดแล้ว 5
	(ร้อยละ 5.5)	(ร้อยละ 90.6)	(ร้อยละ 3.9)
	Meloxicam 3(ร้อยละ 2.3)	Naproxen 3 (ร้อยละ 2.3)	Diclofenac 0 (ร้อยละ 0)
	Celecoxib 1(ร้อยละ 0.8)	Ibuprofen 1(ร้อยละ 0.8)	
อาหารเสริม/ยาสมุนไพร	มี 20	ไม่มี 100	เคยกินแต่หยุดแล้ว 8
	(ร้อยละ 15.6)	(ร้อยละ 78.1)	(ร้อยละ 6.3)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)	
สูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่ 77 (ร้อยละ 60.1)	เคยสูบแต่เลิกแล้ว 24 (ร้อยละ 18.8)	สูบประจำ 21 (ร้อยละ 16.4)
	สูบนานๆ ครั้ง 6 (ร้อยละ 4.7)		
ดื่มสุรา	ไม่เคยดื่ม 63 (ร้อยละ 49.2)	ดื่มตามเทศกาล 36 (ร้อยละ 28.1)	เคยดื่มแต่ปัจจุบัน เลิกแล้ว 23 (ร้อยละ 18.0)
	ดื่มเป็นประจำ 6 (ร้อยละ 4.7)		

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วย

อายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงินอยู่ในช่วง 4 ถึง 76 ปี (mean 38.09, SD 15.8) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงิน 11.07 ปี ชนิดของสะเก็ดเงินที่พบบ่อยที่สุดคือ chronic plaque 121 คน (ร้อยละ 94.5) รองลงมาคือ erythroderma 3 คน (ร้อยละ 2.3) guttate 2 คน (ร้อยละ 1.6) และ pustular 2 คน (ร้อยละ 1.6) บริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นมากที่สุดคือ หนึ่งศีรษะ 126 คน (ร้อยละ 98.4) แขนขา 113 คน (ร้อยละ 88.3) และ ลำตัว 112 คน (ร้อยละ 87.5) ตามลำดับ อาการร่วมอื่นๆ ที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการคัน 108 คน (ร้อยละ 84.4) รองลงมา คือ อาการปวดเมื่อยร่างกาย 38 คน (ร้อยละ 29.7) ปวดแสบผื่น 26 คน (ร้อยละ 20.3) ไข้ 17 คน (ร้อยละ 13.3) และ เครียดนอนไม่หลับ 1 คน (ร้อยละ 0.8) อาการข้ออักเสบสะเก็ดเงินพบ 20 คน (ร้อยละ 15.6) โดยพบว่าข้อนิ้วมือเป็นตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด 12 คน (ร้อยละ 60) เล็บผิดปกติพบมากถึง 98 คน (ร้อยละ 76.6) ซึ่งแบ่งเป็นชนิด onycholysis มากที่สุด 75 คน (ร้อยละ 76.5) รองลงมา คือ pitting nail 62 คน (ร้อยละ 63.3) oil spot 55 คน (ร้อยละ 56.1) subungual hyperkeratosis 52 คน (ร้อยละ 53.1) leuconychia 22 คน (ร้อยละ 22.4) trachyonychia 14 คน (ร้อยละ 14.3) Beau's lines 11 คน (ร้อยละ 11.2) และ onychomadesis 4 คน (ร้อยละ 4.1) splinter hemorrhages 4 คน (ร้อยละ 4.1) การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผู้ป่วยได้รับนอกจากยาทา คือ ยารับประทาน Methotrexate 56 คน (ร้อยละ 43.8) ยา neotigason 7 คน (ร้อยละ 5.5) และ cyclosporine 1 คน

(ร้อยละ 0.8) จากจำนวนผู้ป่วย 56 คนที่ได้รับยา Methotrexate มีข้อบ่งชี้ของการได้รับยา คือ ความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน >10%BSA 41 คน (ร้อยละ 73.2) PSA 8 คน (ร้อยละ 14.3) และ ความรุนแรงของผื่น >10%BSA ร่วมกับ PSA 7 คน (ร้อยละ 12.5) ซึ่งผู้ป่วย ร้อยละ 60 ได้รับยา Methotrexate นานมากกว่า 1 ปี และมีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่กินยา Methotrexate จำนวนมากกว่า 600 เม็ด (1.5 กรัม) มีผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่ได้รับการตรวจ fibroscan และ liver biopsy เพียงร้อยละ 14.3 และ 5.4 ตามลำดับ นอกจากนั้น การรักษาโรคสะเก็ดเงินอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับ คือ การฉายแสงยูวี 1 คน (ร้อยละ 0.8) ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายมารักษาที่ รพ.วชิระภูเก็ต ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา (ไม่ต้องชำระเงิน) 123 คน (ร้อยละ 96.1) ชำระเงินเอง/ชำระค่ายาเงินสด 4 คน (ร้อยละ 3.1) มีสิทธิเบิกแต่สำรองจ่าย 1 คน (ร้อยละ 0.8) ซึ่งค่ายาเฉลี่ยที่จ่ายเพิ่ม 3,011 บาท/เดือน (200 -10,000 บาท/เดือน) ค่าเดินทางมารักษาเฉลี่ย 186.21 บาท/ครั้ง (0 -3,500 บาท/ครั้ง) ผู้ป่วยสะเก็ดเงินประมาณร้อยละ 50 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ผู้ป่วยร้อยละ 67.2 มีญาติช่วยดูแลทายาให้ ซึ่งผู้ที่ช่วยดูแลมากที่สุด คือ ภรรยา ร้อยละ 29.7 และ รองลงมา คือ ลูก ร้อยละ 24.2 (ตารางที่ 2)

การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวนทั้งหมด 128 คน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) เท่ากับ 12.8 (SD 11.3, range 0.3-56.4) จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม severe (PASI score >12) 46 คน (ร้อยละ

35.9), mild(PASI score<7) 42 คน (ร้อยละ 32.8) และ moderate (PASI score= 7-12) 40 คน (ร้อยละ 31.3) ผู้ป่วยสะเก็ดเงินกลุ่มที่พบความผิดปกติของข้อมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน(mean PASI=14.4,SD 14.1) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของข้อ (mean PASI=12.5 SD10.7)แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value=0.49) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของเล็บมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน(mean PASI=13.6, SD11.3) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของเล็บ (mean PASI=10.3, SD 11.1) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.16) (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยกลุ่มที่สับสนหรือและกลุ่มที่สับสนนานๆครั้งมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน(mean PASI=14.3, SD 11.6) มากกว่ากลุ่มที่ไม่สับสนหรือ และกลุ่มที่เคยสับสนแต่หยุดสับสนแล้ว (mean PASI =12.4, SD 11.2) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.44) พบว่า กลุ่มที่ดื่มสุราเป็นประจำ และกลุ่มที่เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้วมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน(mean PASI=14.6, SD11.7) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา และกลุ่มที่ดื่มสุราตามเทศกาล (mean PASI=12.3, SD11.1) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =0.33) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ประวัติโรคสะเก็ดเงิน การรักษาโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย (N=128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงิน (ปี)	อายุเฉลี่ย 38.09 ปี (SD 15.8 , range 4-76)		
ชาย	อายุเฉลี่ย 40.93 ปี (range 4-76)		
หญิง	อายุเฉลี่ย 34.19 ปี (range 4-69)		
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	อายุเฉลี่ย 11.07 ปี (SD 10.7, range 0.1-61)		
ชนิดของสะเก็ดเงิน	chronic plaque 121 (ร้อยละ 94.5)	erythroderma 3 (ร้อยละ 2.3)	guttate 2 (ร้อยละ 1.6)
	pustular 2 (ร้อยละ 1.6)		
บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น	หนังศีรษะ 126 (ร้อยละ 98.4)	แขน 113 (ร้อยละ 88.3)	ขา 113 (ร้อยละ 88.3)
	ลำตัว 112 (ร้อยละ 87.5)	มือ 66 (ร้อยละ 51.6)	ใบหู 64 (ร้อยละ 50.0)
บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น (ต่อ)	เท้า 53 (ร้อยละ 41.4)	ใบหน้า 52 (ร้อยละ 40.6)	ขาหนีบ 34 (ร้อยละ 26.6)
	ข้อพับ 33 (ร้อยละ 25.8)	รักแร้ 28 (ร้อยละ 21.9)	
อาการร่วมอื่นๆ	มี 117 (ร้อยละ 91.4)	ไม่มี 11 (ร้อยละ 8.6)	
	คัน 108 (ร้อยละ 84.4)	ปวดเมื่อยร่างกาย 38 (ร้อยละ 29.7)	ปวดแสบผื่น 26 (ร้อยละ 20.3)
	ไข้ 17 (ร้อยละ 13.3)	เครียด นอนไม่หลับ 1 (ร้อยละ 0.8)	
อาการปวดข้อ	มี 20 (ร้อยละ 15.6)	ไม่มี 108 (ร้อยละ 84.4)	
ตำแหน่งข้อที่ปวด(N=20)	ข้อนิ้วมือ 12 (ร้อยละ 60)	ข้อเท้า 7 (ร้อยละ 35)	ข้อเท้า 5 (ร้อยละ 25)
	ข้อมือ 4 (ร้อยละ 20)	Sacroiliitis 4 (ร้อยละ 20)	ข้อศอก 3 (ร้อยละ 15)
	ข้อกระดูกสันหลัง 3 (ร้อยละ 15)	ข้อนิ้วเท้า 3 (ร้อยละ 15)	ข้อไหล่ 2 (ร้อยละ 10)
	สะบ้า 2 (ร้อยละ 10)	ข้อสะโพก 2 (ร้อยละ 10)	
เล็บผิดปกติ	มี 98(ร้อยละ 76.6)	ไม่มี 30(ร้อยละ 23.4)	

ตารางที่ 2 ประวัติโรคสะเก็ดเงิน การรักษาโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย (N=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		
ลักษณะเล็บผิดปกติ (N=98)	onycholysis 75 (ร้อยละ 76.5)	pitting nail 62 (ร้อยละ 63.3)	oil spot 55 (ร้อยละ 56.1)
	subungual hyperkeratosis 52 (ร้อยละ 53.1)	leuconychia 22 (ร้อยละ 22.4)	trachyonychia 14 (ร้อยละ 14.3)
	Beau's lines 11 (ร้อยละ 11.2)	onychomadesis 4 (ร้อยละ 4.1)	splinter hemorrhages 4 (ร้อยละ 4.1)
การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับ			
ทายา	cream base/10%urea cream 122 (ร้อยละ 95.3)	topicorte 114 (ร้อยละ 89.1)	
	5% LCD in 0.1% triamcinolone cream 113 (ร้อยละ 88.3)	Dermovate/clobetasol 89 (ร้อยละ 69.5)	
	10%urea in 0.1% triamcinolone cream 55 (ร้อยละ 43.0)	0.02% triamcinolone cream 26 (ร้อยละ 20.3)	
ทายา (ต่อ)	0.1% betnovate cream 22 (ร้อยละ 17.2)	3%,5% salicylic acid in TA cream 18 (ร้อยละ 14.1)	
	0.1% triamcinolone cream 15 (ร้อยละ 11.7)	Daivobet 8 (ร้อยละ 6.3)	
	10%urea in 0.02% triamcinolone cream 1(0.8)	Vaseline 4 (ร้อยละ 3.1)	
ยา Methotrexate	ไม่มี 72 (ร้อยละ 56.3)	มี 39 (ร้อยละ 30.5)	เคยกินแต่หยุด 17 (ร้อยละ 13.3)
ข้อบ่งชี้ของ Methotrexate (N=56)	ผื่น>10%BSA 41 (ร้อยละ 73.2)	PSA 8 (ร้อยละ 14.3)	ผื่น>10%BSA และPSA 7 (ร้อยละ 12.5)
ยากิน Methotrexate(N=56)			
ระยะเวลาการกินยา	0-3 เดือน 15 (ร้อยละ 26.8)	4-6 เดือน 2 (ร้อยละ 3.6)	6 เดือน -1 ปี 5 (ร้อยละ 8.9)
ระยะเวลาการกินยา (ต่อ)	1.1 ปี - 5 ปี 16 (ร้อยละ 28.6)	5.1 ปี - 10 ปี 10 (ร้อยละ 17.9)	10.1 ปี - 15 ปี 3 (ร้อยละ 5.4)
	15.1 ปี - 20 ปี 2 (ร้อยละ 3.6)	20.1 ปี - 25 ปี 3 (ร้อยละ 5.4)	
จำนวนเม็ดยาที่กิน	1-600 เม็ด 37 (ร้อยละ 66.1)	601-1200 เม็ด 11 (ร้อยละ 19.6)	1201 - 1800 เม็ด 6 (ร้อยละ 10.7)
	1801-2400 เม็ด 1(ร้อยละ 1.8)	2401 - 3000 เม็ด 1 (ร้อยละ 1.8)	
fibroscan	ไม่มี 48 (ร้อยละ 85.7)	มี 8 (ร้อยละ 14.3)	
Liver biopsy	ไม่มี 53 (ร้อยละ 94.6)	มี 3 (ร้อยละ 5.4)	

ตารางที่ 2 ประวัติโรคสะเก็ดเงิน การรักษาโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย (N=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)	
ยา neotigason	ไม่มี 121 (ร้อยละ 94.5)	มี 6 (ร้อยละ 4.7)	เคยกินแต่หยุด 1 (ร้อยละ 0.8)
ยา cyclosporine	ไม่มี 127 (ร้อยละ 99.2)	มี 1 (ร้อยละ 0.8)	
เคยฉายแสงยูวี	ไม่เคย 127 (ร้อยละ 99.2)	เคย 1 (ร้อยละ 0.8)	
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	มีสิทธิการรักษา (ไม่ต้องชำระเงิน) 123 (ร้อยละ 96.1)	ชำระเงินเอง/ ชำระค่ายาเงินสด 4 (ร้อยละ 3.1)	มีสิทธิเบิกแต่ สำนองจ่าย 1 (ร้อยละ 0.8)
	ค่ายาที่จ่ายเพิ่ม(บาท/เดือน)	ค่ายาเฉลี่ยที่จ่ายเพิ่ม 3,011 บาท (SD 3,835.03 , range 200 -10,000)	
	ค่าเดินทางมารักษา(บาท/ครั้ง)	ค่าเดินทางเฉลี่ย 186.21 บาท (SD 477.12 , range 0 -3,500)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	1-2 คน 27 (ร้อยละ 21.1)	3-4 คน 63 (ร้อยละ 49.2)	5-6 คน 27 (ร้อยละ 21.1)
	7-8 คน 10 (ร้อยละ 7.8)	9-10 คน 0 (ร้อยละ 0)	>10 คน 1 (ร้อยละ 0.8)
ญาติช่วยดูแลทายาให้	มี 86 (ร้อยละ 67.2)	ไม่มี 42 (ร้อยละ 32.8)	
	ภรรยา 38 (ร้อยละ 29.7)	ลูก 31 (ร้อยละ 24.2)	หลาน 12 (ร้อยละ 9.4)
	พ่อแม่ 12 (ร้อยละ 9.4)	สามี 9 (ร้อยละ 7.0)	พี่สาว 3 (ร้อยละ 2.3)
	ยาย 1 (ร้อยละ 0.8)		

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง extracutaneous manifestation และ PASI (N=128)

		N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
Joint	with	20 (ร้อยละ 15.6)	14.4 (14.1)	0.68	0.49
	without	108 (ร้อยละ 84.4)	12.5 (10.7)		
Nail	with	98 (ร้อยละ 76.6)	13.6 (11.3)	1.40	0.16
	without	30 (ร้อยละ 23.4)	10.3 (11.1)		

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการสูบบุหรี่, ดื่มสุราและ PASI (N=128)

		N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
การสูบบุหรี่	สูบบุหรี่/สูบนานๆครั้ง	27(ร้อยละ 21.1)	14.3 (11.6)	0.78	0.44
	ไม่สูบ/เคยสูบแต่หยุดสูบ	101(ร้อยละ 78.9)	12.4 (11.2)		
การดื่มสุรา	ดื่มประจำ/เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	29(ร้อยละ 22.7)	14.6 (11.7)	0.98	0.33
	ไม่ดื่ม/ดื่มตามเทศกาล	99(ร้อยละ 77.3)	12.3 (11.1)		

ส่วนที่ 2 ปัญหาที่พบในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเล็กน้อย 24 คน (ร้อยละ 18.8) และปานกลาง 14 คน (ร้อยละ 10.9) ได้แก่ ผิวบาง รอยขี้าง่าย เส้นเลือดฝอยขยายตัว รอยแตกลาย สีผิว ขนขึ้น ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการทายา steroid และมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการระคายเคือง คันจากการทายน้ำมันดิน นอกจากนี้ มีผู้ป่วย 1 คนที่กินยา MTX 6 tab/wk แล้วมีอาการผื่นม่วง มีผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 3.9) ที่มีภาวะแทรกซ้อนมากจากการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงจากกินยา MTX คือ อ่อนเพลีย เป็นไข้หวัดบ่อย ประจำเดือนไม่มา ผลข้างเคียงจากการทายน้ำมันดิน คือ ผื่นแดง คันทั้งตัว และเจ็บที่ผิวหนัง ผลข้างเคียงจากการทายา steroid คือ ผิวบางที่ลำตัว แขน ขามีรอยขี้าง่าย รอยแตกลายสีขาวยที่สะโพก และข้อพับขา 2 ข้าง ปัญหาที่พบในการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุด คือ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้น ทำให้สะเก็ดเงินเห่อ 76 คน (ร้อยละ 59.4) รองลงมาคือ ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาการรักษา 52 คน (ร้อยละ 40.6) มีผลข้างเคียงในการรักษา 43 คน (ร้อยละ 33.6) มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย 11 คน (ร้อยละ 8.6) เดินทางมาลำบาก 10 คน (ร้อยละ 7.8) ลางานยากไม่มีเวลาตรวจ 2 คน (ร้อยละ 1.6) และกินยาไม่ต่อเนื่อง poor compliance 1 คน (ร้อยละ 0.8) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบในการรักษา และปัญหาที่พบของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน คลินิกผิวหนัง รพ.วชิระภูเก็ต (N=128)

ข้อมูล	ผลการวิจัย		
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี 85 (ร้อยละ 66.4)	มีเล็กน้อย 24 (ร้อยละ 18.8)	มีปานกลาง 14 (ร้อยละ 10.9)
	มีมาก 5 (ร้อยละ 3.9)		
ปัญหาที่พบในการรักษา	มีผลข้างเคียงในการรักษา 43 (ร้อยละ 33.6)	เดินทางมาลำบาก 10 (ร้อยละ 7.8)	มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย 11 (ร้อยละ 8.6)
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ขาดความรู้เรื่องการใช้ยา การรักษา 52 (ร้อยละ 40.6)		
	ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นทำให้สะเก็ดเงินเห่อ 76 (ร้อยละ 59.4)		
	ลางานยากไม่มีเวลาตรวจ 2 (ร้อยละ 1.6)		
	กินยาไม่ต่อเนื่อง Poor compliance 1 (ร้อยละ 0.8)		

ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนการให้ความรู้ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมีผลกระทบมากที่สุดในระดับปานกลาง (คะแนน 6-10) จำนวน 36 คน (ร้อยละ 28.6) หลังการให้ความรู้ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น คือ ผู้ป่วยสะเก็ดเงินไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 0-1) จำนวน 46 คน (ร้อยละ 36.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ตารางที่ 6, 7)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ก่อนและหลังการให้ความรู้ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (N=126)

ระดับคุณภาพชีวิต (DLQI)	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 0-1)	16	12.7	46	36.5
มีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 2-5)	33	26.2	40	31.7
มีผลกระทบปานกลาง (คะแนน 6-10)	36	28.6	22	17.5
มีผลกระทบมาก (คะแนน 11-20)	31	24.6	17	13.5
มีผลกระทบอย่างมากมายต่อคุณภาพชีวิต (21-30)	10	7.9	1	0.8

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้ (N=126)

คะแนนคุณภาพชีวิต (DLQI)	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	126	8.86	6.9	10.3	125	<0.001
หลังให้ความรู้	126	4.63	4.9			

พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) หลังการให้ความรู้เท่ากับ 3.28 (SD 4.3, range 0-24) ซึ่งลดลงมากกว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน PDI ก่อนการให้ความรู้ เท่ากับ 7.95 (SD 7.6, range 0-39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) ก่อนและภายหลังการให้ความรู้

คะแนน PDI	n	mean (SD)	Min,Max	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	126	7.95 (7.6)	(0 , 39)	10.5	125	<0.001
หลังให้ความรู้	126	3.28 (4.3)	(0 , 24)			

ส่วนที่ 4 การประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยร้อยละ 87.5 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน แหล่งที่ได้รับความรู้มากที่สุด คือ จากแพทย์ ร้อยละ 73.2 รองลงมาคืออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 40.2 เช่นเดียวกับญาติที่เข้าร่วมฟังความรู้โรคสะเก็ดเงินทั้งหมด 98 คน แหล่งที่ได้รับความรู้มากที่สุด คือ จากแพทย์ ร้อยละ 48.4 รองลงมาคืออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 45.2 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและญาติ จำแนกตามการได้รับความรู้ของผู้ป่วย (N=128) และญาติ(N=98)

ข้อมูล		ผลการวิจัย	
เคยได้รับความรู้			
กลุ่มผู้ป่วย	เคยได้ 112 (ร้อยละ 87.5)	ไม่เคย 16 (ร้อยละ 12.5)	
กลุ่มญาติ	เคยได้ 62 (ร้อยละ 63.3)	ไม่เคย 36 (ร้อยละ 36.7)	
แหล่งที่ได้รับความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
กลุ่มผู้ป่วย (N=112)	แพทย์ 82 (ร้อยละ 73.2)	อินเทอร์เน็ต 45 (ร้อยละ 40.2)	หนังสือ 15 (ร้อยละ 13.4)
	พยาบาล 12 (ร้อยละ 10.7)	แผ่นพับ 9 (ร้อยละ 8.0)	รายการวิทยุ/โทรทัศน์ 7 (ร้อยละ 6.3)
	โปสเตอร์ 3 (ร้อยละ 2.7)	เพื่อน/ญาติ 3 (ร้อยละ 2.7)	แพทย์แผนโบราณ 1 (ร้อยละ 0.9)
กลุ่มญาติ (N = 62)	แพทย์ 30 (ร้อยละ 48.4)	อินเทอร์เน็ต 28 (ร้อยละ 45.2)	หนังสือ 10 (ร้อยละ 16.1)
	รายการวิทยุ/โทรทัศน์ 7 (ร้อยละ 11.3)	พยาบาล 6 (ร้อยละ 9.7)	แผ่นพับ 5 (ร้อยละ 8.1)
	เพื่อน/ญาติ 4 (ร้อยละ 6.5)	โปสเตอร์ 1 (ร้อยละ 1.6)	แพทย์แผนโบราณ 1 (ร้อยละ 1.6)

ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สะเก็ดเงิน 23.34 คะแนน (range 14 – 25 คะแนน) ซึ่งสูงกว่าคะแนนคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้ 10.96 คะแนน (range 2 – 22 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยข้อคำถามที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดมากที่สุด เกี่ยวกับสาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน คือ อาการเจ็บคอที่เกิดจากเชื้อสเตรปโตคอคคัส เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคสะเก็ดเงินได้ ในข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน คือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด ยาทางจิตเวช(lithium) ยาต้านมาเลเรีย ยาแก้ปวด Indomethacin กระตุ้นให้โรคสะเก็ดเงินกำเริบได้ ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคสะเก็ดเงิน คือ โรคสะเก็ดเงิน มีอาการผื่นสะเก็ดเงินที่ผิวหนัง ไม่พบว่ามีความผิดปกติ ในระบบอื่นๆ ของร่างกาย ข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน คือ ยาจีน ยาหม้อ สมุนไพรต่างๆที่ใช้ทาหรือรับประทาน เป็นการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และ ข้อคำถามเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน คือ ผื่นโรคสะเก็ดเงิน สามารถหายเองได้ แต่หายช้ากว่าการทายารักษา (ตารางที่10,11)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและภายหลังการให้ความรู้ของผู้ป่วย (N=128) และญาติ(N=98)

คะแนนทดสอบ		n	mean (Min , Max)	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้							
กลุ่มผู้ป่วย	ก่อนให้ความรู้	128	10.96 (2 , 22)	3.4	37.3	127	<0.001
	หลังให้ความรู้	128	23.34 (14 , 25)	2.3			
กลุ่มญาติ	ก่อนให้ความรู้	98	10.47 (0 , 21)	4.3	27.4	97	<0.001
	หลังให้ความรู้	98	23.39 (17 , 25)	2.1			

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ก่อนและภายหลังการให้ความรู้

ความรู้โรคสะเก็ดเงิน (ข้อ)	กลุ่มผู้ป่วย (N = 128)				กลุ่มญาติ (N = 98)			
	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้		ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	Mean (SD)	Min, Max	Mean (SD)	Min, Max	Mean (SD)	Min, Max	Mean (SD)	Min, Max
1. สาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน (1-5)	2.52 (1.1)	0,5	4.78(0.5)	2,5	2.3 (1.2)	0,5	4.8 (0.5)	3,5
2. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน (6-10)	2.23 (0.9)	0,5	4.73 (0.6)	1,5	2.3 (1.2)	0,5	4.8 (0.5)	2,5
3. อาการของโรคสะเก็ดเงิน (11-15)	2.31 (1.2)	0,5	4.45 (0.7)	2,5	2.3 (1.3)	0,5	4.6 (0.7)	2,5
4. แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน (16-20)	1.9 (1.2)	0,5	4.69 (0.7)	1,5	1.7 (1.2)	0,5	4.6 (0.7)	2,5
5. การพยากรณ์โรค และโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน (21-25)	1.9 (1.2)	0,5	4.69 (0.6)	3,5	1.8 (1.3)	0,4	4.6 (0.6)	3,5

จากผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวนทั้งหมด 128 คน มีผู้ป่วยจำนวน 126 คน ที่มาติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค (Mean PASI) ก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 12.78 (SD 11.3, range 0.3-56.4) จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม severe ร้อยละ 35.7, mild ร้อยละ 33.3 และ moderate ร้อยละ 31.0 หลังการให้ความรู้คนไข้สะเก็ดเงิน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค (Mean PASI) หลังการให้ความรู้ลดลงเท่ากับ 6.4 (SD 5.7, range 0-33.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และมีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินลดลงเมื่อจัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม mild ร้อยละ 63.3, moderate ร้อยละ 21.1 และ severe ร้อยละ 14.1 (ตารางที่ 12,13)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ก่อนและหลังการให้ความรู้ จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (N=126)

ระดับความรุนแรงของโรค(PASI)	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Mild (PASI < 7)	42	33.3	81	63.3
moderate (PASI 7-12)	39	31.0	27	21.1
severe (PASI > 12)	45	35.7	18	14.1

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการให้ความรู้ (PASI)

คะแนนความรุนแรงของโรค (PASI)	n	Mean(SD)	Min,Max	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	126	12.78(11.3)	0.3, 56.4	9.36	125	<0.001
หลังให้ความรู้	126	6.4(5.7)	0, 33.8			

ก่อนการให้ความรู้ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีญาติดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (mean PASI= 13.08, SD 11.2) ที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล(mean PASI =12.14, SD 11.7) หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีญาติดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค(mean PASI=6.31, SD 5.5) ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล(mean PASI = 6.60, SD 6.3) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.79) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) ในกลุ่มที่มีและไม่มีญาติดูแล ก่อนและหลังการให้ความรู้ (N=126)

	ญาติดูแล	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
ก่อนให้ความรู้	with	86 (ร้อยละ 68.3)	13.08 (11.2)	0.43	0.67
	without	40 (ร้อยละ 31.7)	12.14 (11.7)		
หลังให้ความรู้	with	86 (ร้อยละ 68.3)	6.31 (5.5)	0.27	0.79
	without	40 (ร้อยละ 31.7)	6.60 (6.3)		

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังในกลุ่ม metabolic syndrome ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยที่ผ่านมา³ โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และเป็นภาระทางเศรษฐกิจในด้านสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม เช่น ในช่วงที่ผื่นเห่อมีความรุนแรง ทำให้ต้องหยุดงานเป็นต้น¹⁷

ผู้ป่วยมีอาการข้ออักเสบสะเก็ดเงิน ร้อยละ 15.6 อาการเล็บผิดปกติพบมากถึง ร้อยละ 76.6 ซึ่งชนิด onycholysis และ pitting nail เป็นความผิดปกติของเล็บ

ที่พบมากที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา³ ผู้ป่วยสะเก็ดเงินกลุ่มที่มีข้ออักเสบมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน มากกว่ากลุ่มที่ข้อปกติ และ ผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของเล็บมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินมากกว่ากลุ่มที่เล็บปกติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยนี้ อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ ระยะเวลาที่เป็นโรคกับความผิดปกติของเล็บ ข้ออักเสบกับความผิดปกติของเล็บ เป็นต้น³

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินร้อยละ 43.8 รับประทานยา Methotrexate (MTX) ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวร้อยละ 60 รับประทาน MTX นานมากกว่า 1 ปี และมีผู้ป่วยร้อยละ 34 ที่กินยา MTX จำนวนมากกว่า 600 เม็ด (1.5กรัม) แต่มีผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่ได้รับการตรวจ fibroscan และ liver biopsy เพียง ร้อยละ 14.3 และ 5.4 ตามลำดับ เนื่องจาก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สะดวกเดินทางไปตรวจ ณ โรงพยาบาลที่มีแพทย์สาขาเฉพาะทาง การติดตามผลข้างเคียง hepatotoxicity ของยา MTX เดิม American Academy of Dermatology (AAD) แนะนำให้ ผู้ป่วยสะเก็ดเงินทุกคนตรวจ liver biopsy เพื่อประเมิน hepatotoxicity เมื่อระดับยา MTX สะสมครบทุก 1 to 1.5 กรัม¹⁸ ในปี 2009, AAD และ the National Psoriasis Foundation ได้ปรับแนวทางการติดตามการประเมิน hepatotoxicity ของ MTX ใหม่ คือ liver biopsy ควรพิจารณาทำเมื่อระดับยา MTX สะสมถึงระดับ 3.5 ถึง 4 กรัม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงของ hepatotoxicity ได้แก่ ดื่มสุรา ผล LFT ผิดปกติ โรคตับหรือ chronic hepatitis B หรือ C ประวัติครอบครัวโรคตับ เช่น hemochromatosis เบาหวาน โรคอ้วน ได้รับ hepatotoxic drugs อื่นนอกเหนือจาก MTX หรือ chemical และไขมันสูง ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาตรวจ liver biopsy ที่เร็วขึ้น และในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยา MTX ต่อ การตรวจ liver biopsy ควรทำเมื่อระดับยา MTX สะสมครบทุก 1 to 1.5 กรัม และเมื่อระดับยา MTX สะสมใกล้ถึงระดับดังกล่าวมีทางเลือกคือ ตรวจ liver biopsy, หยุด MTX หรือ ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางโรคตับ (hepatologist) เพื่อประเมินต่อไป¹⁹

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมากกว่า ร้อยละ 50 ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นสะเก็ดเงินเห่อ จากการทำสอบความรู้ พบว่า ผู้ป่วยและญาติประมาณ ร้อยละ 90 ไม่ทราบว่ายาลดความดันโลหิตบางชนิด เช่น ยาในกลุ่ม beta blocker ยาทางจิตเวช (lithium) ยาด้านมาเลเรีย ยาแก้ปวด Indomethacin กระตุ้นให้โรคสะเก็ดเงินกำเริบได้ นอกจากนั้น ข้อคำถามที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจผิด คือ การออกแดดจัด ในเวลาเที่ยงวันจะช่วยให้ผื่นสะเก็ดเงินดีขึ้นได้ แต่ผลที่ตามมาของการออกแดดจัดในเวลาเที่ยงวันจะทำให้เกิดผิวไหม้แดด และทำให้ผื่นสะเก็ดเงินลามได้เพราะผื่นสะเก็ดเงินสามารถลามในบริเวณที่มีการบาดเจ็บของผิวหนัง (รอยขีดข่วน รอยแกะ รอยเกา เป็นต้น (koebner phenomenon)¹² ผู้ป่วยร้อยละ 40.6 ขาดความรู้เรื่องการใช้อยาการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 มีประวัติใช้หรือเคยใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร/ยาต้ม/ยาหม้อมาก่อนแต่

เมื่อใช้แล้วมีอาการผื่นเห่อมากขึ้นจึงได้หยุดและมาพบแพทย์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 มีผลข้างเคียงเนื่องจากการทายา steroid ไม่ถูกวิธี เช่น ทายา steroid บ่อยเกินไปเพื่อลดอาการคัน หรือ ทายาเลยออกไปจากผื่นเป็นบริเวณกว้าง หรือ ทายา high potency steroids ยาวนานเกินไปและทาในบริเวณผิวหนังข้อพับต่างๆ เป็นต้น

หลังการให้ความรู้ผู้ป่วย และครอบครัว ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมีคะแนน PASI เฉลี่ยที่ลดลง และมีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินลดลง สอดคล้องกับผลระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) และ Psoriasis disability index (PDI) หลังการให้ความรู้ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม²⁰ การให้ความรู้โดยการใช้สื่อการสอนสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้สื่อการสอนด้วยวิดีโอพบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการใช้แผ่นโปสเตอร์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน²¹

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ไม่สูง และมีรายได้น้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและพบภาวะ Metabolic syndrome สูงถึง ร้อยละ 40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินในระดับที่รุนแรงและมีระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นสะเก็ดเงินเห่อ ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาการรักษา การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลโรคได้อย่างถูกวิธี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตัวของ

ผู้ป่วยสะเก็ดเงินทั้งในระยะสั้นและระยะยาวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรมีการนำแนวทางการให้ความรู้ไปพัฒนาเป็นคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำมาพัฒนาคลินิกผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์เฉลิมพงษ์ สุคนธผล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งแพทย์ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

เอกสารอ้างอิง

1. Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol 2001;26: 314-20.
2. Krueger GG, Duvic M. Epidemiology of psoriasis: clinical issues. J Invest Dermatol 1994;102:14S-18S.
3. Arjinpathana N, Noppakun N. Thai Patients with psoriasis: a questionnaire-based research on demographic data, disease manifestation, comorbidities, related health care system, health education in psoriasis and quality of life. Thai j Dermatol 2011;27:163-81.
4. Akaraphanth A, Pimonpun G, Kwang-sukstid O, Swanpanyeart N. The preliminary report: registration of psoriasis patients in Thailand. Thai j Dermatol 2008;24:32-33.
5. เจตน์ วิทิตสุวรรณกุล, ประวิตร อัครพานนท์. Red scaly plaques. ใน: ภาวศ พงศ์พิพัฒน์, บรรณาธิการ. Current issues in dermatology 2013: A to Z dermatology. 1st ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556. หน้า 155-73.
6. Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol 2015;90:9-20.
7. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the national psoriasis foundation survey data 2003–2011. PLoS One 2012;7:e52935.
8. สถาบันโรคผิวหนัง. CPG for psoriasis. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.dst.or.th/files_news/007-Guideline_Psoriasis 2011.pdf, สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2560.
9. นาดล นพคุณ, ญัฐฐา รัชตะนาวัน, ปาน สุทธิพิณิจธรรม, พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน, รัชนี้ อัครพานนท์ และคณะ. Clinica I Practice Guideline for Psoriasis. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://mdnote.wikispaces.com/file/view/CPG%20Psoriasis%202010.pdf>, สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2560.
10. Kulthanan K, Jiamton S, Wanitphak-deedecha R, Chantharujikaphong S. The validity and reliability of Dermatology Life Quality Index (DLQI) in Thais. Thai j Dermatol 2004;20:113-23.
11. Chularojanamontri L, Suthipinittharm P, Kulthanan K. The validity and reliability of psoriasis disability index (PDI) in Thai. Thai j Dermatol 2009;25:141-52.
12. ประวิตร อัครพานนท์. ความจริงเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน. Medical focus 2556;59:32-3.
13. นาดล นพคุณ. โรคสะเก็ดเงิน. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.dst.or.th/html/index.php?op=article-detail&id=153&csid=8&cid=23>, สืบค้นเมื่อ 21

- มิถุนายน 2560.
14. ชนิตว์วัฒน์ วิชญชาคร. โรคสะเก็ดเงินที่เล็บ(ออนไลน์).เข้าถึงได้จาก :<http://www.dst.or.th/Publicly/Articles/1126.23.8/DypLjyz4Tv>, สืบค้นเมื่อ21มิถุนายน2560.
 15. ชนิษฐา วงษ์ประภารัตน์. โรคสะเก็ดเงิน(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=967>, สืบค้นเมื่อ21มิถุนายน2560.
 16. Aekplakom W, Kosulwat V, Suriyawongpaisal P. Obesity indices and cardiovascular risk factors in Thai adults. *Inter J Obesity* 2006;30:1782–90.
 17. Feldman S, Tian H, Gilloteau I, Mollon P, Shu M. Economic burden of comorbidities in psoriasis patients in the United States: results from a retrospective U.S. database. *BMC Health Services Research* 2017;17:1-8.
 18. Roenigk HH Jr, Auerbach R, Maibach H, Weinstein G, Lebwohl M. Methotrexate in psoriasis: consensus conference. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:478-85.
 19. Kalb RE, Strober B, Weinstein G, Lebwohl M. Methotrexate and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:824-37.
 20. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Baranowska A, Krajewska K, Rolka H, Sierakowska M, et al. The importance of the health education in life quality improvement in patients with psoriasis. *Rocz Akad Med Bialymst.* 2005;50:145-7.
 21. เมธาวี บุญศิริ, ศิริกาญจน์ พรหมพงศา, ปิยอร หัสดินทร. การศึกษาเปรียบเทียบวิธีการให้ความรู้ระหว่างการใช้แผ่นโปสเตอร์

แนวทางการรู้และการขายวิดีโอความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน. *Vajira Med J.* 2016; 60: 245-52.