

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ Metabolic Syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลราชบุรี Prevalence and Factors Associate with Metabolic Syndrome in Psoriasis Patients at Ratchaburi Hospital

ธนพงศ์ สุทธิพงษ์ พ.บ.,
วว. ตจวิทยา
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Thanapong Sutthipong M.D.,
Dip., Thai Board of Dermatology
Division of Outpatient Department
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (retrospective cross-sectional analytical study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยนอกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวหนัง โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565–31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 246 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยสะเก็ดเงินทั้งหมดจำนวน 246 ราย มีภาวะ metabolic syndrome รวมด้วยจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 (95% CI 42.4–55.2) และพบว่าผู้ป่วยสะเก็ดเงินกลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome มีอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ป่วยกลุ่มที่เริ่มเกิดโรคในช่วงอายุมากกว่า 40 ปี มีภาวะ metabolic syndrome มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เริ่มเกิดโรคในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินปานกลางถึงมาก มีภาวะ metabolic syndrome มากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .043$)

สรุป: การศึกษานี้พบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินเป็น ร้อยละ 48.8 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีช่วงอายุที่เริ่มเกิดโรคอายุมากกว่า 40 ปี ร่วมกับมีความรุนแรงของโรคปานกลางถึงมาก เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

คำสำคัญ: สะเก็ดเงิน, metabolic syndrome, ความชุก

วารสารแพทยเขต 4-5 2568 ; 44(1) : 81–91.

Abstract

Objective: The purpose was to study prevalence and factors associated with metabolic syndrome in psoriasis patients at Ratchaburi Hospital.

Methods: This was a retrospective cross-sectional analytical study. All data were collected from medical records of 246 psoriasis patients who attended the dermatology clinic at Ratchaburi Hospital from October 1, 2022 to May 31, 2024. The statistical analysis included descriptive statistics and analytic statistics. The statistical significance was set at $p < .05$.

Results: A total of 246 psoriasis patients was included in this study. The prevalence of metabolic syndrome was 48.8% (95% CI 42.4–55.2). Group of the patients with metabolic syndrome had significantly higher age than the group without metabolic syndrome ($p < .001$); age of onset more than 40 years had significantly more metabolic syndrome than age of onset before 40 years old ($p = .001$); and moderate to severe psoriasis had significantly more metabolic syndrome than less severity group ($p = .043$).

Conclusion: This study showed prevalence of metabolic syndrome in psoriasis patients was 48.8%; and patients with an older age, age of onset after 40 years, and moderate to severe disease were factors associated with metabolic syndrome in psoriasis patients.

Keywords: psoriasis, metabolic syndrome, prevalence

Received: Sep 1, 2024; Revised: Sep 15, 2025; Accepted: Oct 1, 2024

Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(1) : 81–91.

บทนำ

โรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง พบได้ทุกเชื้อชาติประมาณ ร้อยละ 1–3 ของประชากรทั้งหมด¹ โรคสะเก็ดเงินไม่ได้เป็นเพียงแต่โรคผิวหนังแต่ยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย เช่น metabolic syndrome ซึ่งภาวะ metabolic syndrome นี้พบได้ในประชากรทั่วไปชาวไทยประมาณ ร้อยละ 20–30 และยังสามารถทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงขึ้น^{2,3}

ความสัมพันธ์ของ metabolic syndrome และโรคสะเก็ดเงิน มีความเชื่อมโยงกันในกระบวนการเกิดโรคโดยเกิดจากการอักเสบในร่างกาย (systemic inflammation) โดยสาร adipocytokines ที่ผลิตจาก

adipose tissue เช่น TNF- α , adiponectin, และ leptin ไปกระตุ้นให้เกิด insulin resistance ซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกการเกิด metabolic syndrome และยังไปกระตุ้น T cell และกระตุ้นการแบ่งตัวที่เพิ่มขึ้นของ keratinocyte ทำให้เกิดโรคสะเก็ดเงิน และยังมี ความเกี่ยวข้องกับโรคอื่นที่มี systemic inflammation เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง, โรคหัวใจ และหลอดเลือด⁴

ปัจจุบันได้มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของโรคสะเก็ดเงินกับ metabolic syndrome ทั้งในอเมริกา ยุโรป และเอเชีย⁴⁻⁹ เช่น มีการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคสะเก็ดเงินกับ metabolic syndrome ของ Armstrong⁶ โดยวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย 12 งานวิจัยในช่วง พ.ศ. 2523–2555 พบว่าผู้ป่วยสะเก็ดเงินมีอัตราการเกิด metabolic syndrome มากกว่าประชากรทั่วไป และมีอัตราการเกิดมากกว่าในสะเก็ดเงินชนิดที่มีความรุนแรงมากเมื่อเทียบกับชนิดที่มีความรุนแรงน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodríguez-Zúñiga และคณะ⁷ โดยศึกษาความสัมพันธ์ของโรคสะเก็ดเงินกับ metabolic syndrome โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก 14 การศึกษา ในช่วง พ.ศ. 2523–2559 พบว่าความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินเป็น ร้อยละ 31.4 และผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีความเสี่ยงต่อการเกิด metabolic syndrome เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรปกติ

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ Kokpol และคณะ⁹ พบอัตราความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินเป็น ร้อยละ 49.3 เพิ่มขึ้น 2.25 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินกับ metabolic syndrome สอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่งในประเทศไทยของ Chularojanamontri¹⁰ ว่าไม่พบความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ช่วงอายุในการเริ่มเกิดโรค, ระยะเวลาของการเป็นโรค, ชนิดของโรคสะเก็ดเงินต่อการเกิด metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

จากข้อมูลของการศึกษาข้างต้น มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าพบ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แต่ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินในแต่ละการศึกษาในแต่ละกลุ่มประชากรยังพบว่ามีความแตกต่างที่ต่างกัน จึงนำมาสู่การศึกษานี้ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินของโรงพยาบาลราชบุรี และศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ, ช่วงอายุในการเริ่มเกิดโรค, ระยะเวลาของการเป็นโรค

ชนิดของสะเก็ดเงิน, ความรุนแรงของโรค, การมีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย, และวิธีการรักษาว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิด metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินหรือไม่เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาการคัดกรอง metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินของโรงพยาบาลราชบุรี และเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (retrospective cross-sectional analytical study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ HOSxP ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวหนัง โรงพยาบาลราชบุรีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565–31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 049/2024 เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2567

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษาในแผนกผิวหนัง โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565–31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ที่มีการบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ

การที่จำเป็นในการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะ metabolic syndrome จำนวน 246 คน

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เป็นสตรีมีครรภ์
- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีข้อมูลการบันทึก

เวชระเบียนไม่ครบถ้วนในส่วนของการประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะ metabolic syndrome

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (case record form) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ, เพศ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ดัชนีมวลกาย, ประวัติการสูบบุหรี่, ประวัติการดื่มเหล้า, และโรคประจำตัว

2. ข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัย metabolic syndrome ได้แก่ เส้นรอบเอว, ระดับความดันโลหิต, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 6 ชั่วโมง, ระดับไขมัน triglyceride, และระดับไขมัน HDL ในเลือดหลังงดอาหาร 12 ชั่วโมง

3. ข้อมูลในส่วนของการสะเก็ดเงิน ได้แก่ อายุที่เริ่มเกิดโรคสะเก็ดเงิน, ช่วงระยะเวลาที่เป็นโรค, ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน, ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน, การมีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย, และวิธีการรักษา

นิยามศัพท์เฉพาะ (Definition)

การศึกษานี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย metabolic syndrome ของ modified National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (modified NCEP ATP III)

มีเกณฑ์การวินิจฉัย 3 ใน 5 ข้อ ดังนี้

- 1) เส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย หรือ ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง (ในประชากรกลุ่มเอเชีย)
- 2) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) ≥ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2)

- 3) ระดับไขมัน triglyceride ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(หรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน)

- 4) ระดับไขมัน high density lipoprotein (HDL) ≤ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชาย หรือ ≤ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศหญิง

(หรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน)

- 5) ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท (หรือได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง)

ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ประเมินโดยใช้พื้นที่รอยโรค (body surface area) โดยพื้นที่รอยโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 มีความรุนแรงน้อย และพื้นที่รอยโรคมากกว่า ร้อยละ 10 มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก¹¹

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้แก่ chi-square test, Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และ independent t test, Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS statistics version 25

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในแผนกผิวหนัง โรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 246 คน พบเป็น เพศชาย ร้อยละ 60.2 และเพศหญิง ร้อยละ 39.8 อายุเฉลี่ย 55.0 \pm 13.6 ปี อายุที่เริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงิน (age of onset)

เฉลี่ย 46.0 ± 14.4 ปี โดยส่วนมากพบช่วงอายุที่เริ่มเกิดโรคตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (late onset) ร้อยละ 67.1 และเริ่มเกิดโรคน้อยกว่า 40 ปี (early onset) ร้อยละ 32.9 ระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน (duration of psoriasis) มีค่าเฉลี่ย 9.1 ± 7.4 ปี ชนิดของโรคสะเก็ดเงินพบว่าเป็นชนิดผื่นหนา (plaque type) มากที่สุดร้อยละ 92.3 ชนิดผื่นแดงลอกทั้งตัว (erythrodermic type) ร้อยละ 4.9 และชนิดตุ่มหนอง (pustular type) ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วยคิดเป็น ร้อยละ 8.9 ความรุนแรงของ

โรคสะเก็ดเงินพบมีความรุนแรงน้อย ร้อยละ 53.3 และมีความรุนแรงปานกลางถึงมาก ร้อยละ 46.7 ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน เช่น methotrexate, acitretin ร้อยละ 47.6 รักษาด้วยยาทาภายนอกเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 52.4 ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินพบว่ามีโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.9 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 41.5 และเบาหวาน ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ พบผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ร้อยละ 54.5 และข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี (จำนวน 246 คน)

ข้อมูลพื้นฐาน	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย		148 (60.2)
หญิง		98 (39.8)
อายุ (ปี)	55.0 ± 13.6	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	69.0 ± 15.3	
ส่วนสูง (เมตร)	162.8 ± 8.1	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	25.5 ± 5.4	
อ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร)		134 (54.5)
โรคประจำตัว 3 อันดับแรก		
ความดันโลหิตสูง		103 (41.9)
โรคไขมันในเลือดสูง		102 (41.5)
เบาหวาน		59 (24.0)
สูบบุหรี่		26 (10.6)
ดื่มแอลกอฮอล์		24 (9.8)
ภาวะ metabolic syndrome		120 (48.8)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี (จำนวน 246 คน) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุที่เริ่มเกิดโรคสะเก็ดเงิน (ปี)	46.0 \pm 14.4	
ช่วงอายุน้อยกว่า <40 ปี		79 (32.9)
ช่วงอายุมากกว่า \geq 40 ปี		165 (67.1)
ระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน (ปี)	9.1 \pm 7.4	
น้อยกว่า 10 ปี		147 (59.8)
10-20 ปี		76 (30.9)
มากกว่า 20 ปี		23 (9.3)
ประเภทของโรคสะเก็ดเงิน		
ชนิดผื่นหนา (plaque-type)		227 (92.3)
ชนิดผื่นแดงลอกทั่วตัว (erythrodermic type)		12 (4.9)
ชนิดตุ่มหนอง (pustular type)		7 (2.8)
จำนวนผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย		22 (8.9)
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (BSA)		
ความรุนแรงน้อย (BSA \leq 10)		131 (53.3)
ความรุนแรงปานกลางถึงมาก (BSA >10)		115 (46.7)
การรักษาโรคสะเก็ดเงิน		
การรักษาด้วยยาทาภายนอก (topical therapy alone)		129 (52.4)
การรักษาด้วยยารับประทาน (systemic therapy)		117 (47.6)

จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มี metabolic syndrome จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 (95% CI 42.4-55.2) และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีภาวะ metabolic syndrome มีอายุที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ช่วงอายุที่เริ่มเกิดโรคสะเก็ดเงินมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (late onset) มีภาวะ metabolic syndrome มากกว่าช่วงอายุเริ่มเกิดสะเก็ดเงินน้อยกว่า 40 ปี (early onset) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงของโรคปานกลางถึงมากมีภาวะ metabolic syndrome

มากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .043$) ด้านปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน ระยะเวลาการเป็นโรคสะเก็ดเงิน การมีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มี และไม่มีภาวะ metabolic syndrome ด้านปัจจัยด้านการรักษาโรคสะเก็ดเงิน พบว่ากลุ่มโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน มี metabolic syndrome ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการรักษาด้วยยาทาภายนอกเพียงอย่างเดียว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน		p-value
	มี metabolic syndrome จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี metabolic syndrome จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนผู้ป่วย	120 (48.8)	126 (51.2)	
เพศ			.567
ชาย	70 (47.3)	78 (52.7)	
หญิง	50 (51.0)	48 (49.0)	
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	59.0 \pm 12.2	51.1 \pm 13.0	<.001*
อายุที่เริ่มเกิดโรคสะเก็ดเงิน (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	50.1 \pm 13.8	42.2 \pm 13.4	<.001*
ช่วงอายุที่เริ่มเกิดโรคสะเก็ดเงิน			.001*
ช่วงอายุน้อยกว่า <40 ปี	25 (31.6)	54 (68.4)	
ช่วงอายุมากกว่า \geq 40 ปี	94 (57.0)	71 (43.0)	
ระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.2 \pm 7.4	9.1 \pm 7.4	.934
ช่วงระยะเวลาเป็นสะเก็ดเงิน			.385
<10 ปี	68 (46.3)	79 (53.7)	
10–20 ปี	42 (55.3)	34 (44.7)	
\geq 20 ปี	10 (43.5)	13 (56.5)	
ประเภทของสะเก็ดเงิน			.948
ชนิดผื่นหนา (plaque-type)	111 (48.9)	116 (51.1)	
ชนิดผื่นแดงลอกทั่วตัว (erythrodermic type)	6 (50.0)	6 (50.0)	
ชนิดตุ่มหนอง (pustular type)	3 (42.9)	4 (57.1)	
จำนวนผู้ที่เป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนองหรือชนิดผื่นแดงลอกทั่วตัว			.898
เป็น	9 (47.4)	10 (52.6)	
ไม่เป็น	111 (48.9)	116 (51.1)	
ผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย			.439
ไม่มี	111 (49.6)	113 (50.4)	
มี	9 (40.9)	13 (59.1)	

* p < .05

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน		p-value
	มี metabolic syndrome	ไม่มี metabolic syndrome	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน			.043*
ความรุนแรงน้อย (BSA ≤10)	56 (42.7)	75 (57.3)	
ความรุนแรงปานกลางถึงมาก (BSA >10)	64 (55.7)	51 (44.3)	
การรักษาโรคสะเก็ดเงิน			.298
การรักษาด้วยยาทาภายนอก (topical therapy alone)	67 (51.9)	62 (48.1)	
การรักษาด้วยยารับประทาน (systemic therapy)	53 (45.3)	64 (54.7)	

* p < .05

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเป็น ร้อยละ 48.8 (95% CI 42.4–55.2) ซึ่งสูงกว่าภาวะ metabolic syndrome ของประชากรไทยโดยทั่วไป (ร้อยละ 20–30)^{2,3} และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย โดย Kokpol และคณะ⁹ ซึ่งพบความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินเป็น ร้อยละ 49.2 โดยมีการศึกษาผู้ป่วยสะเก็ดเงินและกลุ่มประชากรทั่วไปอย่างละ 199 คน ผลการศึกษาพบอัตราการเกิด metabolic syndrome เป็นร้อยละ 49.3 และ 30.7 ตามลำดับ เพิ่มขึ้น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มควบคุม และความชุกจากการศึกษานี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 45)¹² และ อินเดีย (ร้อยละ 49.8)¹³ อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินทั่วโลกจะเห็นได้ว่าความชุกของการศึกษานี้ยังสูงกว่าอีกหลายการศึกษา โดยใน พ.ศ. 2565 มีการศึกษาของ Liu และคณะ¹⁴ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก 45 การศึกษาทั่วโลกพบว่าความชุกโดยรวมของทั่วโลก

ประมาณ ร้อยละ 32 และพบความชุกสูงสุดในภูมิภาคลาตินอเมริกา (ร้อยละ 47) และน้อยที่สุดในภูมิภาคอเมริกาเหนือ (ร้อยละ 26) แยกเป็นรายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร (ร้อยละ 34.2)¹⁵ นอร์เวย์ (ร้อยละ 31.1)¹⁴ อิตาลี (ร้อยละ 30.1)¹⁶ ญี่ปุ่น (ร้อยละ 25.2)⁵ ซึ่งความชุกที่มากกว่าในการศึกษานี้ อาจเกิดจากเกณฑ์ในการวินิจฉัย metabolic syndrome นั้นมีหลายเกณฑ์การวินิจฉัย เช่น NCEP-ATP III, modified NCEP-ATP III, International Diabetes Foundation ในประเทศไทยและเอเชียนิยมใช้หลักเกณฑ์ modified NCEP-ATP III³ ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์ของ NCEP-ATP III มีการกำหนดการวัดรอบเอวที่ลดลง โดยในผู้ชาย (NCEP-ATP III >102 เซนติเมตร; modified NCEP-ATP III เป็น >90 เซนติเมตร) ในผู้หญิง (NCEP-ATP III >88 เซนติเมตร; modified NCEP-ATP III เป็น >80 เซนติเมตร) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น metabolic syndrome เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยด้านอายุพบว่าผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีอายุมาก และอายุที่เริ่มเกิดโรคสะเก็ดเงินมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี จะมีโอกาสที่จะพบ metabolic

syndrome มากกว่ากลุ่มอายุน้อยและเริ่มเกิดโรคสะกดเจ็บเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในไทย⁹ สิงคโปร์¹² และเกาหลีใต้¹⁷ และอีกหลายการศึกษา^{13,16} ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดการอักเสบในร่างกายที่สะสมมากกว่า โอกาสเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วยจึงมากขึ้น และการเป็นโรคสะกดเจ็บที่เริ่มเป็นในช่วงอายุมากขึ้นจะเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการตรวจสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีข้อมูลที่จำเป็นในการวินิจฉัย metabolic syndrome อย่างครบถ้วนมากขึ้น และจากการศึกษานี้ปัจจัยในเรื่องของความรุนแรงของโรคสะกดเจ็บพบว่าความรุนแรงของโรคสะกดเจ็บระดับปานกลางถึงมาก มีโอกาสเกิด metabolic syndrome มากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong⁶ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัย 12 งานวิจัย พบว่าผู้ป่วยสะกดเจ็บชนิดรุนแรงมากมีอัตราการเกิด metabolic syndrome มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อย และสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษา^{5,8,14} เช่นเดียวกับการศึกษาใน สหราชอาณาจักรซึ่งพบว่าโอกาสเกิด metabolic syndrome จะเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของโรคสะกดเจ็บที่เพิ่มขึ้น¹³ ซึ่งอาจเกิดจากเมื่อมีความรุนแรงของโรคสะกดเจ็บมากขึ้นก็จะทำให้มีการอักเสบในร่างกายที่มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นกระบวนการทำให้เกิด metabolic syndrome ตามมา

อย่างไรก็ตามปัจจัยในเรื่องชนิดของสะกดเจ็บระยะเวลาการเป็นสะกดเจ็บ การมีข้ออักเสบสะกดเจ็บร่วมด้วยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีและไม่มี metabolic syndrome สอดคล้องกับการศึกษาของ Chularojanamontri และคณะ¹⁰ ซึ่งยังพบว่าการใช้วิธีรักษาด้วยยารับประทานหรือ systemic therapy วิธีอื่นร่วมกันหลายชนิดพบ metabolic syndrome มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาทาภายนอกเพียงอย่างเดียว ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่า

ผู้ป่วยโรคสะกดเจ็บที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานมี metabolic syndrome ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาทาภายนอกเพียงอย่างเดียว

และจากการศึกษานี้พบผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ร้อยละ 52.6 และพบว่าโรคร่วมที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41.9 อันดับถัดมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 41.5 และเบาหวาน ร้อยละ 24 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาในประชากรทั่วไปในประเทศไทยของ Aekplakorn และคณะ² พบความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ประมาณร้อยละ 44 ความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 26 ไขมันในเลือดสูงประมาณ ร้อยละ 25 เบาหวานประมาณ ร้อยละ 10¹⁸ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความชุกของโรคร่วมดังกล่าวของผู้ป่วยสะกดเจ็บจากการศึกษานี้สูงกว่ากลุ่มประชากรโดยทั่วไป สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั่วโลกที่พบว่าผู้ป่วยสะกดเจ็บมีความชุกของโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เพิ่มขึ้นกว่าประชากรทั่วไป^{4,5,8,14,19}

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องข้อมูลของผู้ป่วยบางรายที่ยังพบว่าขาดความครบถ้วนในการที่จะวินิจฉัย metabolic syndrome เช่น ขาดข้อมูลเส้นวัดรอบเอว ขาดข้อมูลในส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลคัดกรองน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าเกณฑ์ของการศึกษานี้และยังขาดประวัติในส่วนอื่น ๆ เช่น ประวัติสะกดเจ็บในครอบครัว จึงน่าจะมีการจัดตั้งคลินิกสะกดเจ็บเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและดูแลผู้ป่วยสะกดเจ็บได้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

จากการศึกษานี้พบความชุกของ metabolic syndrome ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินโรงพยาบาลราชบุรี เป็นร้อยละ 48.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปและพบว่ากลุ่มของผู้ป่วยที่มีอายุมาก และเริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี ร่วมกับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินปานกลางถึงมาก เป็นปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสที่จะเกิด metabolic syndrome สูงขึ้น จึงควรคัดกรอง metabolic syndrome ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างสม่ำเสมอทุกปี รวมถึงให้คำแนะนำในการดูแลรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) เช่น ลดน้ำหนัก ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและการรักษาด้วยยาเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, et al. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol* 2005;141(12):1537–41. doi: 10.1001/archderm.141.12.1537.
2. Aekplakorn W, Kessomboon P, Sangthong R, et al. 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* 2011;11:854. doi: 10.1186/1471-2458-11-854.
3. Aekplakorn W, Chongsuvivatwong V, Tatsanavivat P, et al. Prevalence of metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation and National Cholesterol Education Program criteria among Thai adults. *Asia Pac J Public Health* 2011;23(5):792–800. doi: 10.1177/1010539511424482.
4. Takahashi H, Iizuka H. Psoriasis and metabolic syndrome. *J Dermatol* 2012;39(3):212–8. doi: 10.1111/j.1346-8138.2011.01408.x.
5. Takahashi H, Takahashi I, Honma M, et al. Prevalence of metabolic syndrome in Japanese psoriasis patients. *J Dermatol Sci* 2010;57(2):143–4. doi: 10.1016/j.jdermsci.2009.11.002.
6. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol* 2013;68(4):654–62. doi: 10.1016/j.jaad.2012.08.015.
7. Rodríguez-Zúñiga MJM, García-Perdomo HA. Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2017;77(4):657–66. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.1133.
8. Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, et al. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clin Dermatol* 2018;36(1):21–8. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.09.005.
9. Kokpol C, Aekplakorn W, Rajatanavin N. Prevalence and characteristics of metabolic syndrome in South-East Asian psoriatic patients: a case-control study. *J Dermatol* 2014;41(10):898–902. doi: 10.1111/1346-8138.12614.
10. Chularojanamontri L, Wongpraparut C, Silpa-Archa N, et al. Metabolic syndrome and psoriasis severity in South-East Asian patients: An investigation of potential association using current and chronological assessments. *J Dermatol* 2016;43(12):1424–8. doi: 10.1111/1346-8138.13540.

11. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011;303(1):1–10. doi: 10.1007/s00403-010-1080-1.
12. Chan WMM, Yew YW, Theng TSC, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a cross-sectional study in Singapore. *Singapore Med J* 2020; 61(4):194–9. doi: 10.11622/smedj.2019152.
13. Lunawat D, Bubna AK, Sankarasubramaniam A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a prospective, observational, descriptive study from a tertiary health-care center in South India. *Muller J Med Sci Res* 2017;8(1):31–5. doi: 10.4103/0975-9727.199373
14. Liu L, Cai XC, Sun XY, et al. Global prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis in the past two decades: current evidence. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(11):1969–79. doi: 10.1111/jdv.18296.
15. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol* 2012;132(3 Pt 1):556–62. doi: 10.1038/jid.2011.365.
16. Gisondi P, Tessari G, Conti A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol* 2007;157(1):68–73. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.07986.x.
17. Jung SY, Han K, Jung JH, et al. Cumulative exposure to metabolic syndrome affects the risk of psoriasis differently according to age group: a nationwide cohort study in South Korea. *Br J Dermatol* 2024;190(3):447–9. doi: 10.1093/bjd/ljad441.
18. วิชัย เอกพลากร. สสำรวจสุขภาพประชาชนไทย และจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานเพื่อพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ และนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566: 151–59.
19. Mirghani H, Altemani A, Alsaedi E, et al. The association of psoriasis, diabetes mellitus, and hypertension: a meta-analysis. *Cureus* 2023;15(11):e48855. doi: 10.7759/cureus.48855.

