

การศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนต่อความรุนแรงของผื่นในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

The Effect of Obesity on the Cutaneous Severity of Psoriatic Patients

ดลพร ชื่นวิภาสกุล, พ.บ., ว.ว.ตจวิทยา

Donlaporn Chuenwipasakul, MD., Dip., Thai Board of Dermatology

Abstract

Objective: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that significantly impacts patients' quality of life, with a link to obesity and metabolic syndrome. This study aimed to investigate the relationship between body mass index (BMI) and disease severity.

Method: This cross-sectional descriptive study included 187 patients with chronic plaque-type psoriasis treated at the Dermatology Clinic, Chonburi Hospital, from October 1, 2023, to September 30, 2024. Statistical analyses included the Chi-square test, t-test, and multivariable logistic regression to assess the association of various factors with disease severity.

Results: When comparing by disease severity, the proportion of obese patients (BMI ≥ 25.0) in the severe group (PASI ≥ 10) was a significantly higher (71.2% compared to 34.2% in the mild-to-moderate group, p -value < 0.01). Multivariable analysis using BMI categories revealed that Obesity Class II (BMI ≥ 30.0 kg/m²) was significantly associated with severe disease, with 4.54 times the odds of severe disease compared to the BMI < 22.9 kg/m² group (non-overweight) (aOR: 4.54, 95% CI: 1.24-16.64, p -value = 0.02).

Conclusions: The findings suggest that obesity (especially BMI ≥ 30.0 kg/m²) is significantly associated with the severity of psoriasis. Therefore, weight

management should be a part of standard care, including nutritional counseling and exercise, to improve treatment outcomes for psoriasis patients.

Keywords: Psoriasis, Obesity, Body Mass Index, Disease Severity, Metabolic Syndrome

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนและกลุ่มอาการเมตาบอลิก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วน (นิยามโดยดัชนีมวลกาย ≥ 25.0 กก./ม.²) กับความรุนแรงของโรค

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรังจำนวน 187 รายที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคผิวหนัง โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบไค-สแควร์ การทดสอบที และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษา: เมื่อเปรียบเทียบตามระดับความรุนแรงของโรค (กำหนดโดย PASI ≥ 10) พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25.0 กก./ม.²) ในกลุ่มอาการรุนแรง สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 71.2 เทียบกับ ร้อยละ 34.2 ในกลุ่มอาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง, p -value < 0.01) จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรที่ใช้ BMI เป็นช่วงพบว่า กลุ่มอ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30.0 กก./ม.²) มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ (BMI < 22.9 กก./ม.²) 4.54 เท่า (aOR: 4.54, ช่วงความเชื่อมั่น 95%: 1.24-16.64, p -value = 0.02)

สรุป: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระดับความอ้วน (โดยเฉพาะ BMI ≥ 30.0 กก./ม.²) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยควรมีการตรวจติดตามและให้คำแนะนำเพื่อจัดการน้ำหนักควบคู่ไปกับการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคสะเก็ดเงิน, ภาวะอ้วน, ดัชนีมวลกาย, ความรุนแรงของโรค, กลุ่มอาการเมตาบอลิก

วันที่รับ (received) 24 กันยายน 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 พฤศจิกายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 14 พฤศจิกายน 2568

Published online ahead of print 19 พฤศจิกายน 2568

กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

Department of medicine, Chonburi Hospital, Chonburi

Corresponding Author: ดลพร ชื่นวิภาสกุล

กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

Email: donlaporn26@gmail.com

doi:

บทนำ

ที่มาของปัญหา และเหตุผลของการทำวิจัย

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคนี้สามารถพบได้ในประชากรทุกช่วงอายุ อุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2.0-3.0 ของประชากรโลก¹ จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลชลบุรี โรคสะเก็ดเงินยังคงเป็นหนึ่งในโรคผิวหนังที่พบบ่อยที่สุด โดยมีผู้ป่วยจำนวน 2,289 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมดในปี พ.ศ. 2566

พยาธิกำเนิดของโรคสะเก็ดเงินเกิดจากการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน นำไปสู่การหลั่งไซโตไคน์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบและการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังอย่างรวดเร็ว อาการที่แสดงออกคือผื่นหนาแดงที่มีขอบเขตชัดเจนและมีขุยปกคลุม ซึ่งความรุนแรงสามารถประเมินได้จากความรุนแรงของผื่น (Psoriasis area and severity index, PASI) และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Dermatology life quality index, DLQI)² นอกจากนี้ ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนก็มีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับโรคสะเก็ดเงิน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสสูงต่อการเกิดโรค และผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินก็มีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วนร่วมกับกลุ่มอาการเมตาบอลิก ซึ่งประกอบด้วยภาวะอ้วนลงพุง, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ³ แม้จะมีการศึกษาถึงความเชื่อมโยงดังกล่าวในต่างประเทศ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) กับระดับความรุนแรงของโรคในประเทศไทยยังคงมีจำกัด โดยเฉพาะการพิจารณาตามเกณฑ์ของ BMI ที่บ่งชี้ภาวะอ้วน (นิยามโดยดัชนีมวลกาย ≥ 25.0 กก./ม.²) การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนกับความรุนแรงของโรค และเพื่อศึกษาปัจจัยโรคร่วมที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) โดย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 107/66/S/h3/2566

ประชากร: คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรังที่มารับการรักษาในคลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงวันที่ 1

ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 187 คน **การคำนวณขนาดตัวอย่าง:** การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้น (Pilot data) ซึ่งพบความแตกต่างของสัดส่วนความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI ≥ 10) ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วน (ร้อยละ 80) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วน (ร้อยละ 60) โดยใช้การทดสอบแบบ One-sided ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significance level) เท่ากับ 0.05 และการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 กำหนดสัดส่วนผู้ป่วย ที่ไม่มีภาวะอ้วนต่อผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเท่ากับ 1.27 (28/22) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำรวม 153 ราย เพื่อรองรับการขาดหายของข้อมูล (Missing data) ที่อาจเกิดขึ้นประมาณ 10% จึงกำหนดขนาดตัวอย่างจริงอย่างน้อย 171 ราย (โดยเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนอย่างน้อย 75 ราย และผู้ป่วยไม่มีภาวะอ้วนอย่างน้อย 96 ราย)

เครื่องมือวิจัย: ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล (Case record form) เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคร่วม, แบบประเมินความรุนแรงของผื่น (Psoriasis Area and Severity Index: PASI) ที่ประเมินโดยแพทย์ มีคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีรอยโรค) ถึง 72 (รุนแรงมากที่สุด) และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Dermatology Life Quality Index: DLQI) จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 โดยคะแนนที่สูงขึ้นบ่งชี้ว่าโรคส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร: เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria):

- เป็นผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรัง (Plaque type psoriasis)
- มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคผิวหนัง โรงพยาบาลชลบุรี

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากโครงการ (Exclusion criteria):

- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีโรคผิวหนังเรื้อรังอื่นร่วมด้วย
- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินร่วมด้วย
- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดอื่น เช่น Erythrodermic psoriasis, Pustular psoriasis, Guttate psoriasis
- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันด้วยข้อบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากโรคสะเก็ดเงิน

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรังที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินความรุนแรงของผื่นโดยใช้คะแนน PASI และ DLQI และ คำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะอ้วนตามเกณฑ์ของ Asia-Pacific BMI

Classification (ภาวะอ้วนกำหนดที่ BMI ≥ 25.0 กก./ม.²)⁴ รวมถึงมีการบันทึกข้อมูลโรคร่วมอื่น ๆ จากประวัติการรักษา เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการเมตาบอลิก

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA statistical software vers. 16

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

a. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ได้แก่ เพศ, ประวัติโรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน จะนำเสนอในรูปแบบของความถี่และร้อยละ

b. ข้อมูลเชิงปริมาณ: ได้แก่ อายุ, BMI, เส้นรอบเอว, คะแนน PASI และ DLQI จะนำเสนอในรูปค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

a. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ, ใช้ t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่กระจายแบบปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่กระจายแบบไม่ปกติ

b. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุตัวแปรใช้ Multivariable Logistic Regression Analysis วิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความรุนแรง (PASI ≥ 10) เพื่อหาค่า อัตราส่วนความต่างที่ปรับแก้แล้ว (Adjust odds ratio, aOR) ในการวิเคราะห์นี้ได้จำแนก BMI เป็น 4 ช่วง โดยใช้กลุ่มน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ (BMI < 22.9 กก./ม.²) ซึ่งครอบคลุมกลุ่มผอมและน้ำหนักปกติตามเกณฑ์ Asian BMI classification เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) ทั้งนี้ถือว่าผลการวิเคราะห์มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p -value <0.05

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 187 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 46.6 ปี (SD 14.7) และมี BMI 25.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กก./ม.²) (SD 6.1)

จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปตามระดับความรุนแรงของโรค (ตารางที่ 1) พบว่า กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก (Severe psoriasis, $n = 73$) มีค่าเฉลี่ยอายุต่ำกว่ากลุ่มอาการน้อยถึงปานกลาง (Mild-moderate psoriasis, $n = 114$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (< 0.01) ในขณะที่เพศชายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.76) กลุ่มที่มีความรุนแรงมากมีค่าเฉลี่ย BMI สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (28.5 ± 6.5 กก./ม.²) เมื่อเทียบกับกลุ่มอาการน้อยถึงปานกลาง (24.3 ± 5.2 กก./ม.²) (p -value < 0.01) โดยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25.0 กก./ม.²) ในกลุ่มรุนแรงสูงถึงร้อยละ 71.2 เทียบกับร้อยละ 34.2 ในกลุ่มไม่รุนแรง (p -value < 0.01) ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง PASI และ BMI ถูกแสดงในรูปที่ 1 และ PASI กับความยาวเส้นรอบเอว ถูกแสดงในรูปที่ 2

นอกจากนี้ กลุ่มที่มีความรุนแรงมากมีความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกสูงถึงร้อยละ 49.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอาการน้อยถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.01) และมีความชุกของรอบเอวเกินสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (80.8% vs 51.8%, p -value < 0.01) และไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (39.8% vs 21.0%, p -value < 0.01) สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ย (DLQI score) กลุ่มที่มีภาวะอ้วนมีคะแนนเฉลี่ย 9.6 ± 7.5 และกลุ่มที่ไม่มีความอ้วนมีคะแนนเฉลี่ย 8.9 ± 7.6 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.52)

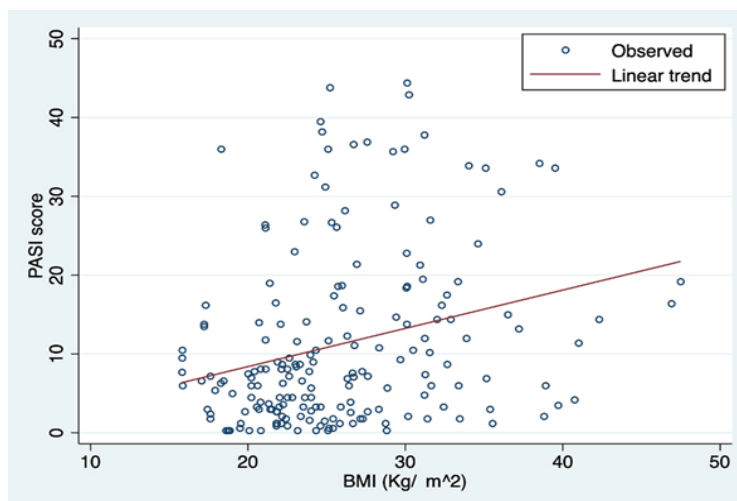
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินตามระดับความรุนแรงของโรค

ตัวแปร	ทั้งหมด (n=187)	Mild-moderate psoriasis (n=114)	Severe psoriasis (n=73)	p -value
อายุ, ปี	46.6 $\pm$ 14.7	49.3 $\pm$ 15.3	42.5 $\pm$ 12.7	<0.01
เพศชาย, n (%)	86 (46.0)	51 (44.7)	35 (47.9)	0.76
ดัชนีมวลกายและการจำแนก				
ดัชนีมวลกาย, (กก./ม. ²)	25.9 $\pm$ 6.1	24.3 $\pm$ 5.2	28.5 $\pm$ 6.5	<0.01
≥ 25.0 กก./ม. ² , n (%) (ภาวะอ้วน)	91 (48.7)	39 (34.2)	52 (71.2)	
≥ 30.0 กก./ม. ² , n (%) (อ้วนระดับ 2)	47 (25.2)	16 (14.0)	31 (42.5)	
25.0-29.9 กก./ม. ² , n (%) (อ้วนระดับ 1)	44 (23.5)	23 (20.2)	21 (28.8)	
23.0-24.9 กก./ม. ² , n (%) (น้ำหนักเกิน)	28 (14.9)	20 (17.5)	8 (11.0)	
< 22.9 กก./ม. ² , n (%) (น้ำหนักไม่เกินเกณฑ์)*	68 (36.4)	55 (48.3)	13 (17.8)	
กลุ่มอาการเมตาบอลิก, n (%)	59 (31.6)	23 (20.2)	36 (49.3)	<0.01
รอบเอวเกิน, n (%)	118 (63.1)	59 (51.8)	59 (80.8)	<0.01
ความดันโลหิตสูง, n (%)	56 (30.1)	34 (30.0)	22 (30.1)	1.00

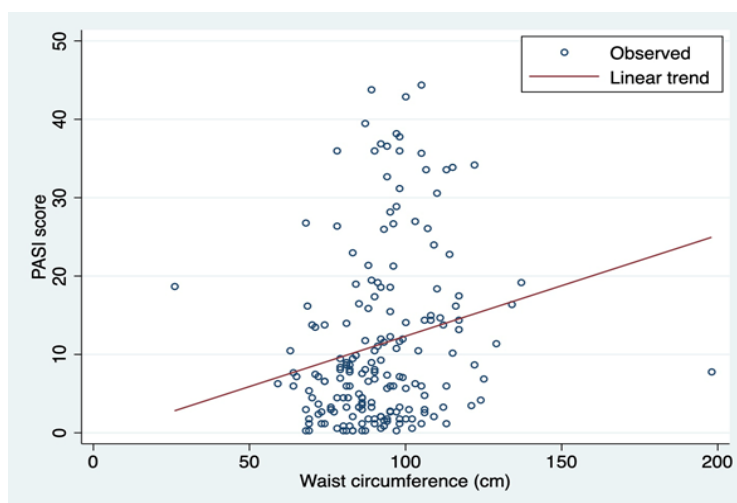
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินตามระดับความรุนแรงของโรค (ต่อ)

ตัวแปร	ทั้งหมด (n=187)	Mild-moderate psoriasis (n=114)	Severe psoriasis (n=73)	p-value
ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง, n (%)	53 (28.3)	24 (21.0)	29 (39.8)	<0.01
คอเลสเตอรอลชนิดดีต่ำ, n (%)	36 (19.3)	17 (15.0)	19 (26.0)	0.09
ระดับน้ำตาลในเลือดสูง, n (%)	48 (25.8)	25 (22.1)	23 (31.5)	0.17
โรคร่วมอื่นๆ				
ภาวะไขมันพอกตับ, n (%)	7 (3.8)	2 (1.8)	5 (6.9)	0.12
โรคหลอดเลือดหัวใจ, n (%)	6 (3.2)	4 (3.5)	2 (2.7)	1.00
โรคไตเรื้อรัง, n (%)				0.06
ระยะ 1	119 (66.8)	64 (59.8)	55 (77.4)	
ระยะ 2	43 (24.2)	31 (29.0)	12 (17.0)	
ระยะ 3	14 (7.9)	11 (10.3)	3 (4.2)	
ระยะ 5	2 (1.1)	1 (0.9)	1 (1.4)	

*น้ำหนักไม่เกินเกณฑ์: ผอมและน้ำหนักปกติ (BMI<22.9 กก./ม.²) ใช้เกณฑ์ Asia-Pacific BMI classification



รูปที่ 1 ระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินกับดัชนีมวลกาย



รูปที่ 2 ระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินกับความยาวเส้นรอบเอว

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

จากการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariable logistic regression analysis) พบว่า ระดับความอ้วนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรุนแรงของโรค (PASI $\geq$ 10) โดยผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 2 (BMI $\geq$ 30.0 กก./ม.²) มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ (BMI < 22.9 กก./ม.²) 4.54 เท่า (aOR: 4.54, ช่วงความเชื่อมั่น 95%: 1.24-16.64, p -value= 0.02), ในขณะที่กลุ่มอ้วน

ระดับ 1 (BMI 25.0-29.9 กก./ม.²) มีโอกาสสูงขึ้น 2.08 เท่า (aOR: 2.08, 95% CI: 0.63-6.90, p -value= 0.23) แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ, เพศ, กลุ่มอาการเมตาบอลิกโดยรวม และโรคร่วมบางชนิด กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินเมื่อปรับค่าตัวแปรกวนแล้ว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI $\geq$ 10) โดยใช้การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ปัจจัย	จำนวน (%)	อัตราส่วนความต่างที่ปรับแก้แล้ว (aOR)	ช่วงความเชื่อมั่น 95%	p -value
เพศ				
หญิง	101 (54.0)	1.0 [Reference]		
ชาย	86 (46.0)	1.67	0.69 - 4.00	0.25
กลุ่มอายุ				
16-34 ปี	44 (23.5)	1.0 [Reference]		
35-54 ปี	81 (43.3)	0.67	0.27 - 1.68	0.40
$\geq$ 55 ปี	62 (33.2)	0.57	0.19 - 1.72	0.32
ดัชนีมวลกาย, (กก./ม. ²)				
<22.9 กก./ม. ² , n (%) (น้ำหนักไม่เกินเกณฑ์)	68 (36.4)	1.0 [Reference]		
23.0-24.9 กก./ม. ² (น้ำหนักเกิน)	28 (14.9)	1.68	0.49 - 5.78	0.41
25.0-29.9 กก./ม. ² (อ้วนระดับ 1)	44 (23.5)	2.08	0.63 - 6.90	0.23
$\geq$ 30.0 กก./ม. ² (อ้วนระดับ 2)	47 (25.2)	4.54	1.24 - 16.64	0.02
กลุ่มอาการเมตาบอลิก				
ไม่มี	128 (68.5)	1.0 [Reference]		
มี	59 (31.5)	1.68	0.54 - 5.21	0.37
รอบเอวเกิน				
ไม่มี	69 (36.90)	1.0 [Reference]		
มี	118 (63.10)	1.66	0.54 - 5.04	0.38
ความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	130 (69.9)	1.0 [Reference]		
มี	56 (30.1)	0.63	0.27 - 1.47	0.27
ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง				
ไม่มี	134 (71.7)	1.0 [Reference]		
มี	53 (28.3)	1.68	0.63 - 4.45	0.30
คอเลสเตอรอลชนิดดีต่ำ				
ไม่มี	151 (80.75)	1.0 [Reference]		
มี	36 (19.3)	1.12	0.43 - 2.93	0.82
ระดับน้ำตาลในเลือดสูง				
ไม่มี	138 (74.2)	1.0 [Reference]		
มี	48 (25.8)	1.59	0.63 - 3.96	0.32

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI $\geq$ 10) โดยใช้การถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (%)	อัตราส่วนความต่างที่ปรับแก้แล้ว (aOR)	ช่วงความเชื่อมั่น 95%	p-value
ภาวะไขมันพอกตับ				
ไม่มี	178 (96.2)	1.0 [Reference]		
มี	7 (3.8)	3.25	0.37 - 28.48	0.29
โรคหลอดเลือดหัวใจ				
ไม่มี	181 (96.8)	1.0 [Reference]		
มี	6 (3.2)	0.68	0.06 - 8.24	0.76
โรคไตเรื้อรัง				
ระยะ 1	119 (66.8)	1.0 [Reference]		
ระยะ 2	43 (24.2)	0.51	0.19 - 1.38	0.19
ระยะ 3	14 (7.9)	0.30	0.06 - 1.61	0.16
ระยะ 5	2 (1.1)	1.26	0.06 - 25.75	0.88

Abbreviation: *CI, ช่วงความเชื่อมั่น; aOR, อัตราส่วนความต่างที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Odds Ratio)

หมายเหตุ: ผลการวิเคราะห์ปรับแก้แล้วสำหรับเพศ อายุ และภาวะร่วมต่างๆ คือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันพอกตับ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง

วิจารณ์

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง BMI กับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าภาวะอ้วนและกลุ่มอาการเมตาบอลิกเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน โดยพบได้ถึงร้อยละ 48.7 และ 31.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากประเทศไทย⁵ และการศึกษาในสหราชอาณาจักร⁶ ที่พบความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกใกล้เคียงกัน ข้อมูลจากการศึกษาในจีนยังชี้ว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก⁷

นอกจากนี้ งานวิจัยยังพบว่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน โดยพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25.0 กก./ม.²) ในกลุ่มอาการรุนแรง (PASI $\geq$ 10) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 71.2 เทียบกับ 34.2 ในกลุ่มอาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง) และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวสูงกว่า ซึ่งแนวโน้มเชิงเส้น (Linear Trend) ดังที่แสดงในรูปที่ 1 และ 2 บ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง PASI กับ BMI และเส้นรอบเอว และเมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรโดยแบ่ง BMI เป็นช่วง โดยใช้กลุ่ม BMI < 22.9 กก./ม.² (น้ำหนักไม่เกินเกณฑ์: ผอมและน้ำหนักปกติ) เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่าระดับความอ้วนที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 2 (BMI $\geq$ 30.0 กก./ม.²) มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์

4.54 เท่า (aOR: 4.54, 95% CI: 1.24-16.64, p = 0.02) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจากต่างประเทศ เช่นการศึกษาในไต้หวันพบว่าภาวะอ้วนที่ระดับกลางถึงมากสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และการศึกษาจากมหาวิทยาลัยเท็กซัส พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินและค่าดัชนีมวลกาย โดยค่าคะแนน Physician's Global Assessment (PGA) เพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกาย (p-value=0.007)⁹

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคสะเก็ดเงินและภาวะอ้วนเป็นแบบสองทาง (Bidirectional) ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะอ้วน และในทางกลับกันผู้ที่มีภาวะอ้วนก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดหรือมีอาการของโรคสะเก็ดเงินที่รุนแรง¹⁰ ซึ่งสาเหตุอาจเกี่ยวข้องกับสารอักเสบในร่างกาย เช่น Tumor Necrosis Factor (TNF)- α , Interleukin (IL)-6, IL-22 มีผลต่อการดื้ออินซูลินและรบกวนสมดุลของไขมัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมีความเสี่ยงเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ในทางกลับกัน เซลล์ไขมันก็ปล่อยสารอักเสบและฮอร์โมนเลปติน (Leptin) ซึ่งเมื่อมีระดับสูงเกินไปจะนำไปสู่ภาวะดื้อเลปติน ทำให้รับประทานอาหารมากขึ้นและเกิดการอักเสบเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์ผิวหนังแบ่งตัวมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อาการสะเก็ดเงินรุนแรงขึ้น¹¹⁻¹³ ในขณะที่ฮอร์โมนแอดดิพอนεκติน (Adiponectin) ที่มีคุณสมบัติช่วยลดการอักเสบมีระดับลดลงในคนที่มีภาวะอ้วน¹⁴ การที่กลุ่มอ้วนระดับ 1 (BMI 25.0-29.9) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรุนแรงของโรคเมื่อปรับค่าตัวแปรกวนแล้ว (aOR: 2.08,

$p = 0.23$) อาจเป็นเพราะความรุนแรงของการอักเสบที่ส่งผลกระทบต่อผื่นสะเก็ดเงินจะเด่นชัดและมีนัยสำคัญทางคลินิกเมื่อผู้ป่วยมีภาวะอ้วนที่ระดับรุนแรงขึ้น ($BMI \geq 30.0$ กก./ม.²) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้วน (BMI < 22.9 กก./ม.²) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าภาวะการอักเสบจากเซลล์ไขมัน จะเพิ่มขึ้นตามมวลไขมันที่สะสม¹¹⁻¹² แม้ว่าการวิเคราะห์หัตถ์แปร (ตารางที่ 2) จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มอาการเมตาบอลิกโดยรวม, รอบเอวเกิน, ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, และ โรคเบาหวาน กับความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจเกิดจากการปรับค่าตัวแปรรวม (Adjusted) แต่ผลการเปรียบเทียบในตารางที่ 1 ก็แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกและภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ประเทศจีน¹⁵

แม้ว่าการศึกษาจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (DLQI) ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะอ้วน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยแต่ละรายอาจมี การปรับตัวและยอมรับสภาพโรคที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่ตรงกับระดับความรุนแรงทางคลินิกเสมอไป

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างโรคอ้วนกับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินได้ อีกทั้งยังขาดการศึกษาปัจจัยบางอย่างเช่น วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สำหรับการวิจัยในอนาคต อาจศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหรือดัชนีมวลกาย ว่าส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินหรือไม่ เพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาระดับความอ้วนและกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินโดยเฉพาะผู้ที่มี BMI ≥ 30.0 กก./ม.² การตรวจติดตามและแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักจึงควรถูกนำมาพิจารณาควบคู่ไปกับการรักษามาตรฐาน เพื่อควบคุมอาการของโรคสะเก็ดเงินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป

การวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรังจำนวน 187 คน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมาก (PASI ≥ 10) มีค่าเฉลี่ย BMI สูงกว่ากลุ่มที่มีอาการน้อยถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มรุนแรงมีสัดส่วนภาวะอ้วน (BMI ≥ 25.0 กก./ม.²) สูงถึงร้อยละ 71.2 จากการ

วิเคราะห์หัตถ์แปรพบว่า การมีภาวะอ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30.0 กก./ม.²) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรุนแรงของโรค โดยมีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ 4.54 เท่า (aOR: 4.54, 95% CI: 1.24-16.64, $p = 0.02$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะอ้วน (p -value= 0.52)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายต่อความรุนแรงของผื่นในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จาก ศ.ดร.นพ. ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์ และ รศ.ดร. สุนีย์ ละกำปน์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้และข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, Wu D, Alicandro G, McGonagle D, et al. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:743180.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323(19):1945-60.
3. Choudhary S, Pradhan D, Pandey A, Khan MK, Lall R, Ramesh V, et al. The Association of Metabolic Syndrome and Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Study. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2020;20(5):703-17.
4. Okawa Y, Mitsuhashi T, Tsuda T. The Asia-Pacific Body Mass Index Classification and New-Onset Chronic Kidney Disease in Non-Diabetic Japanese Adults: A Community-Based Longitudinal Study from 1998 to 2023. *Biomedicine*. 2025;13(2):373.
5. 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.
6. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Kimmel SE, Mehta NN, 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.
7. Li Z, Gu Z, Xiang J, Zhang X. The incidence of metabolic syndrome in psoriasis patients and its correlation with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1593003.
 8. Huang YH, Yang LC, Hui RY, Chang YC, Yang YW, Yang CH, et al. Relationships between obesity and the clinical severity of psoriasis in Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(9):1035-9.
 9. Murray ML, Bergstresser PR, Adams-Huet B, Cohen JB. Relationship of psoriasis severity to obesity using same-gender siblings as controls for obesity. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(2):140-4.
 10. Czarnecka A, Purzycka-Bohdan D, Zabłotna M, Bohdan M, Nowicki RJ, Szczerkowska-Dobosz A. Considerations of the Genetic Background of Obesity among Patients with Psoriasis. *Genes (Basel)*. 2023;14(3).
 11. Vata D, Tarcau BM, Popescu IA, Halip IA, Patrascu AI, Gheuca Solovastru DF, et al. Update on Obesity in Psoriasis Patients. *Life (Basel)*. 2023;13(10):1947.
 12. Barros G, Duran P, Vera I, Bermúdez V. Exploring the Links between Obesity and Psoriasis: A Comprehensive Review. *Int J Mol Sci*. 2022;23(14).
 13. Sobhan M, Farshchian M. Associations between body mass index and severity of psoriasis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2017;10:493-8.
 14. Ramírez J, Azuaga-Piñango AB, Celis R, Cañete JD. Update on Cardiovascular Risk and Obesity in Psoriatic Arthritis. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:742713.
 15. Li L, Liu K, Duan X, Xu L, Yang Q, Liu F. A Comparison of Clinical Characteristics in Overweight/Obese and Normal Weight Patients with Psoriasis Vulgaris: A Bicentric Retrospective Observational Study. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023;16:1377-85.