

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis)

พญ.เบญจัสวี ปัทมดิลก* พญ.บุษกัญญา ศรีสุโกศล* พญ.จันทร์จิรา สวัสดิพงษ์*
 พญ.พิมพ์พา ตันธนศรีกุล* พญ.ชนิศา เกียรติสุระยานนท์* นพ.สุประภิต จิรารัตนวัฒนา*
 ศุภมาส สุวรรณเมฆ* ศุภลักษณ์ มิตินไพโร* มณีนพวรรณ จันทร์เต็ม* พญ.มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ*

โรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) เป็นโรคผิวหนังชนิดไม่ติดต่อที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง โดยอาการแสดงในโรคสะเก็ดเงินสามารถพบได้ทั้งในระบบผิวหนังทั้งที่ลำตัว ใบหน้า และหนังศีรษะ ซึ่งรวมไปถึงอาการแสดงที่เล็บ นอกจากนี้ยังสามารถพบโรคสะเก็ดเงินที่ข้อได้อีกด้วย ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินนั้นแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยพบตั้งแต่ความรุนแรงน้อย เช่น มีผื่นสะเก็ดเงินเพียงเล็กน้อยตามร่างกาย ไปจนถึงความรุนแรงมาก (มีผื่นสะเก็ดเงินทั่วทั้งตัว) เป็นต้น

อาการแสดงทางผิวหนังที่สำคัญของโรคสะเก็ดเงิน คือ ผื่นนูนแดง ขอบชัด มีสะเก็ดสีเงินปกคลุมที่ผื่น อย่างไรก็ตาม ผื่นสะเก็ดเงินสามารถพบแบบชนิดเป็นตุ่มหนองกระจายตามร่างกายได้ สำหรับอาการแสดงของเล็บผิดปกติในโรคสะเก็ดเงินนั้นพบได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ เล็บเป็นหลุม จุดสีส้มอมแดงที่เล็บ และจุดขาวที่ปลายเล็บ สำหรับอาการข้ออักเสบจากสะเก็ดเงิน ผู้ป่วยมักมีอาการปวดข้อหรือข้อบวมตึง หรือมีอาการอักเสบบริเวณเอ็นที่เกาะกับกระดูก ในรายที่มีอาการข้ออักเสบเป็นเวลานานอาจพบลักษณะข้อผิดรูปได้ โดยโรคข้ออักเสบจากสะเก็ดเงินมักพบมากกว่าหนึ่งข้อขึ้นไป ซึ่งสามารถพบได้ทั้งข้อต่อของนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือพบการอักเสบของข้อต่อกระดูกสันหลัง

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุในการเกิดโรคสะเก็ดเงินที่แน่ชัด โดยตามหลักฐานทางการแพทย์ พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม โดยมีการศึกษา พบว่า หากบิดามารดาเป็นโรคสะเก็ดเงิน บุตรก็มีโอกาสที่จะเป็นโรคสะเก็ดเงินเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยด้านระบบภูมิคุ้มกันเกี่ยวกับการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T lymphocyte ที่ผิดปกติ และปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก โดยปัจจัยกระตุ้นในโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ การกระทบกระแทกต่อผิวหนัง การติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิด การติดเชื้อ HIV การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความเครียด โรคอ้วน รวมถึงยาบางชนิด (lithium และ beta-blockers)

จากการศึกษาโรคสะเก็ดเงิน พบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และยังพบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคตับชนิด non-alcoholic steatohepatitis

การวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินมักทำได้โดยอาศัยข้อมูลจากการตรวจร่างกาย อาการแสดงทางคลินิกที่เข้าได้กับโรค ยกเว้นในบางรายที่ลักษณะผื่นไม่ชัดเจนอาจต้องอาศัยการตัดชิ้นเนื้อจากผิวหนัง หรือ skin biopsy เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

การรักษาโรคสะเก็ดเงินนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคเป็นสำคัญ ในรายที่มีความรุนแรงน้อย สามารถให้การรักษาได้ด้วยการใช้ยาทาหรือการฉายแสงเฉพาะที่ แต่ในรายที่มีความรุนแรงมาก แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาชนิดรับประทานหรือรักษาด้วยการฉายแสงทั้งตัวหรือยาฉีดชีวโมเลกุล ซึ่งโรคสะเก็ดเงินนั้นมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและไม่หายขาด การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ป่วยและญาติจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่จะทำให้โรคแย่ลง อันจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก สามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุ ทุกเชื้อชาติ ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยการศึกษาส่วนมากทำการศึกษาร้อยละของความชุกของโรค (prevalence) มากกว่าการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของโรค (incidence)

หากทำการแบ่งโรคสะเก็ดเงินตามกลุ่มอายุที่เกิดโรค จะสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 (early onset) เกิดในคนที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และกลุ่มที่ 2 (late onset) พบได้ในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี โดยพบว่า คนที่เป็นโรคส่วนมากถึงร้อยละ 70 มักจะอยู่ในกลุ่มที่ 1 โดยช่วงอายุที่พบโรคได้มากที่สุดจะอยู่ระหว่าง 16-22 ปี ในขณะที่กลุ่มที่ 2 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดจะอยู่ในช่วง 57-60 ปี¹ โดยผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุน้อยมักมีประวัติครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงินมาเกี่ยวข้องและยังมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมักมากกว่าผู้ที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากอีกด้วย

* สถาบันโรคผิวหนัง



1. ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินทั่วโลก

จากข้อมูลการศึกษาเรื่องอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินมีไม่มากนัก พบมีการศึกษาที่รัฐมินนิโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 2523-2526 พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคคิดเป็นประมาณ 0.6 คนต่อ 1,000 ประชากรต่อปี² การศึกษาที่ประเทศอิตาลีในคนที่เป็นสะเก็ดเงินจำนวน 511,532 คน ระหว่างปี 2544-2548 พบว่า อุบัติการณ์ของโรคมีประมาณ 2.30-3.21 คนต่อ 1,000 ประชากรต่อปี³ ในปี 2555 ได้มีการเก็บข้อมูลจาก 3 ประเทศ คือ ประเทศแอลจีเรีย ประเทศตูนิเซีย และประเทศโมร็อกโก พบว่า อุบัติการณ์ของโรคประมาณ 10.36, 13.26 และ 15.04 คนต่อ 1,000 ประชากรต่อปี ตามลำดับ⁴

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ความชุกของโรคสะเก็ดเงินมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ โดยความชุกของโรคพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.09 ในประเทศแทนซาเนีย จนถึงร้อยละ 11.4 ในประเทศนอร์เวย์ โดยโรคสะเก็ดเงินพบมากที่สุดในกลุ่มประเทศแถบยุโรปตอนเหนือ และพบน้อยที่สุดในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ออก⁵

สำหรับการศึกษถึงความชุกของโรคสะเก็ดเงินในกลุ่มประเทศแถบเอเชียโดยตรงมีข้อมูลไม่มากนัก จากการศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่า ในระหว่างปี 2546-2556 ความชุกของโรคสะเก็ดเงินและโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriasis arthritis) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยโรคสะเก็ดเงินความชุกเพิ่มจาก 15.54 คนต่อ 10,000 ประชากร เป็น 21.90 คนต่อ 10,000 ประชากร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 41 ส่วนโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินพบเพิ่มขึ้นจาก 0.45 คนต่อประชากร 10,000 คน เป็น 1.31 คนต่อ 10,000 ประชากร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 191⁶

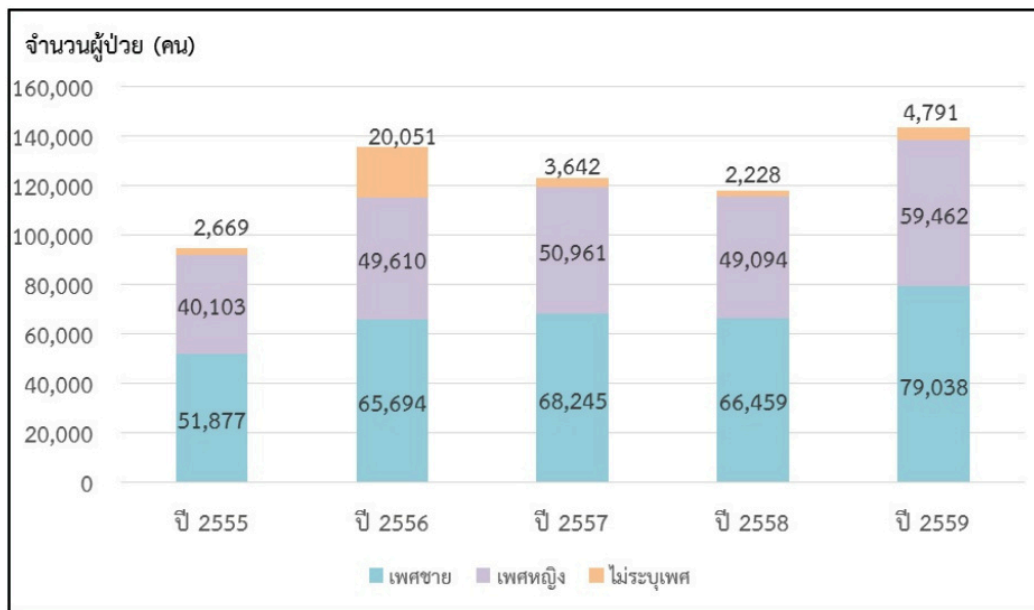
การศึกษาข้อมูลในประเทศเกาหลีใต้ตั้งแต่ปี 2549-2558 พบว่า มีแนวโน้มของโรคสะเก็ดเงินที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาจากประเทศไต้หวัน โดยพบว่าความชุกของโรคสะเก็ดเงินและโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินต่อ 10,000 ประชากร เพิ่มขึ้นจาก 47.43 เป็น 61.45 และ 0.04 เป็น 0.23 ตามลำดับ⁷

2. ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทย

ในประเทศไทยเคยมีการศึกษาเรื่อง ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินซึ่งศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรงพยาบาลอ่างทองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2543-30 กันยายน 2550 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งสิ้น 23,110 ราย โดยมีความชุกของโรคสะเก็ดเงินคิดเป็นร้อยละ 0.95 และอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินคิดเป็นร้อยละ 3.42-4.95 (เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 4.16)⁸

จากการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวน 11,548 ราย ระหว่างปี 2548-2551 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยโดยคิดเป็น 1.3 เท่าของผู้ป่วยเพศหญิง (1.3:1) ส่วนอายุเฉลี่ยของการเกิดโรค คือ 32.88 ปี (ตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 87 ปี) โดยเพศหญิงเริ่มมีอาการแสดงของโรคเร็วกว่าเพศชาย (เพศหญิง 29.41 ปี เพศชาย 35.33 ปี; $P < 0.001$) สำหรับชนิดของสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุด คือ สะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเฉพาะที่ (chronic plaque type) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 85.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด ตำแหน่งที่พบโรคได้มาก คือ ศีรษะ ลำตัว และขา⁹ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2555-2559 ที่พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินมีเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 1.29:1-1.35:1 คน (ภาพที่ 15.1) เช่นเดียวกันแต่ช่วงอายุที่พบมากที่สุดจากข้อมูลของ สนย. อยู่ในช่วง 51-60 ปี รองลงมาคือ 41-50 ปี 61-70 ปี และ 31-40 ปีตามลำดับ เมื่อแยกตามชนิดของโรคสะเก็ดเงินที่พบ พบว่า ในโรคสะเก็ดเงินที่สามารถระบุชนิดได้พบเป็นชนิดผื่นหนาเฉพาะที่มากที่สุด รองลงมาคือ สะเก็ดเงินชนิดหยดน้ำ (guttate psoriasis) ข้ออักเสบสะเก็ดเงินและชนิดตุ่มหนองทั่วตัว (pustular psoriasis) ตามลำดับ (ตารางที่ 15.1) นอกจากนี้ จากข้อมูลดังกล่าวยังพบว่า ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากในปี 2555 ที่มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 94,649 คน เพิ่มขึ้นเป็น 143,291 คน ในปี 2559 อีกด้วย



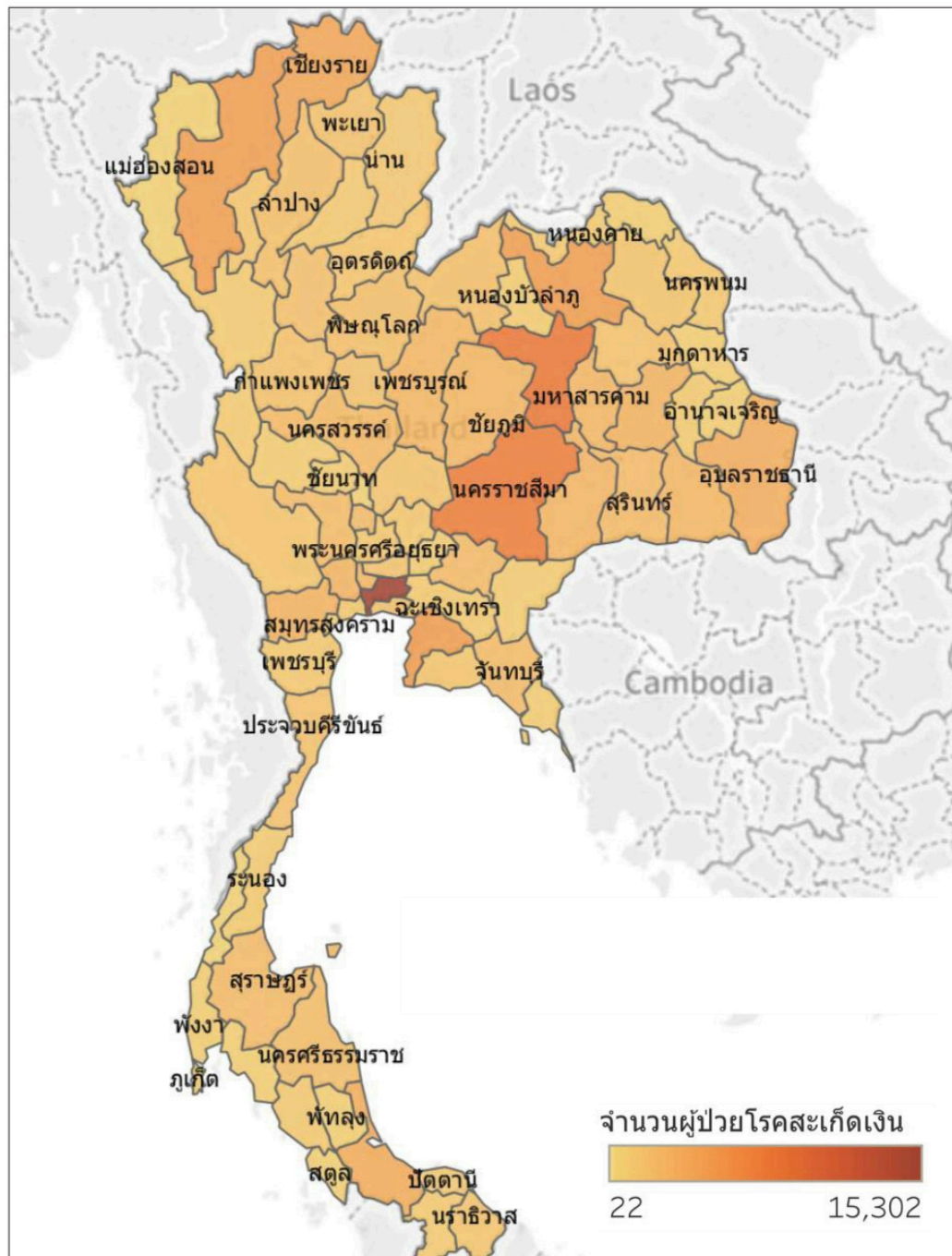
ภาพที่ 15.1 สถานการณ์โรคสะเก็ดเงิน ปี 2555-2559⁹ตารางที่ 15.1 สถานการณ์โรคสะเก็ดเงินแบ่งตามชนิดของโรค ปี 2555-2559⁹

ชนิดของโรค	จำนวน (คน)				
	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
1. ผื่นหนาเฉพาะที่	34,092	39,068	36,342	37,088	48,898
2. ตุ่มหนองทั่วตัว	1,226	2,412	1,554	1,530	1,926
3. อะโครเดอริมาไทติส คอนทิงูอา	281	293	213	172	248
4. ตุ่มหนองที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า	321	478	473	497	541
5. แบบหยดน้ำ	1,613	2,251	2,266	2,188	2,235
6. ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน	1,125	1,600	1,631	1,619	2,670
7. อื่นๆ	3,798	4,966	2,127	3,867	5,098
8. ไม่ได้ระบุชนิด	52,193	84,287	75,298	70,820	81,675
รวม	94,649	135,355	119,904	117,781	143,291

ที่มา: ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2555-2559

เมื่อทำการจำแนกโรคสะเก็ดเงินตามรายจังหวัดของประเทศไทย พบว่า ในปี 2559 มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินกระจายอยู่ในทุกๆ จังหวัดของประเทศไทย โดย 10 อันดับแรกที่พบผู้ป่วยมากที่สุดมักเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ หรือมีโรงพยาบาลใหญ่ที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้มาก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชลบุรี จังหวัดอุดรธานี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดสงขลา จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดราชบุรี ตามลำดับ (ภาพที่ 15.2)





ภาพที่ 15.2 สถานการณ์โรคสะเก็ดเงินแบ่งตามจังหวัดปี 2559

ที่มา: ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2555-2559



จากข้อมูลสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ปี 2555-2559 พบว่า มีผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่ได้รับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 466 คนต่อปี เมื่อจำแนกผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมดตามชนิดของโรคจะพบว่า เป็นชนิดตุ่มหนองทั่วตัวมากที่สุด รองลงมาคือ ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน สะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเฉพาะที่ และสะเก็ดเงินที่มีผิวดังลอกทั้งตัว (erythrodermic psoriasis) ตามลำดับ (ตารางที่ 15.2)

ตารางที่ 15.2 สถิติโรคสะเก็ดเงินที่นอนโรงพยาบาล ปี 2555-2559

ICD-10	โรค	จำนวน (คน)				
		ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
L40.0	ผื่นหนาเฉพาะที่	41	29	46	32	40
L40.1	ตุ่มหนองทั่วตัว	121	100	81	133	127
L40.2	อะโครเดอรัมไทติส คอนทิงูอา	1	1	1	4	2
L40.3	ตุ่มหนองที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า	28	27	24	27	25
L40.4	แบบหยดน้ำ	5	5	3	3	4
L40.5	ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน	62	45	60	59	35
L40.8	ผิวดังลอกทั่วตัว	35	24	19	37	20
L40.9	ไม่ได้ระบุชนิด	186	209	203	211	215
	รวม	479	440	437	506	468

ที่มา: ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2555-2559

3. สาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน

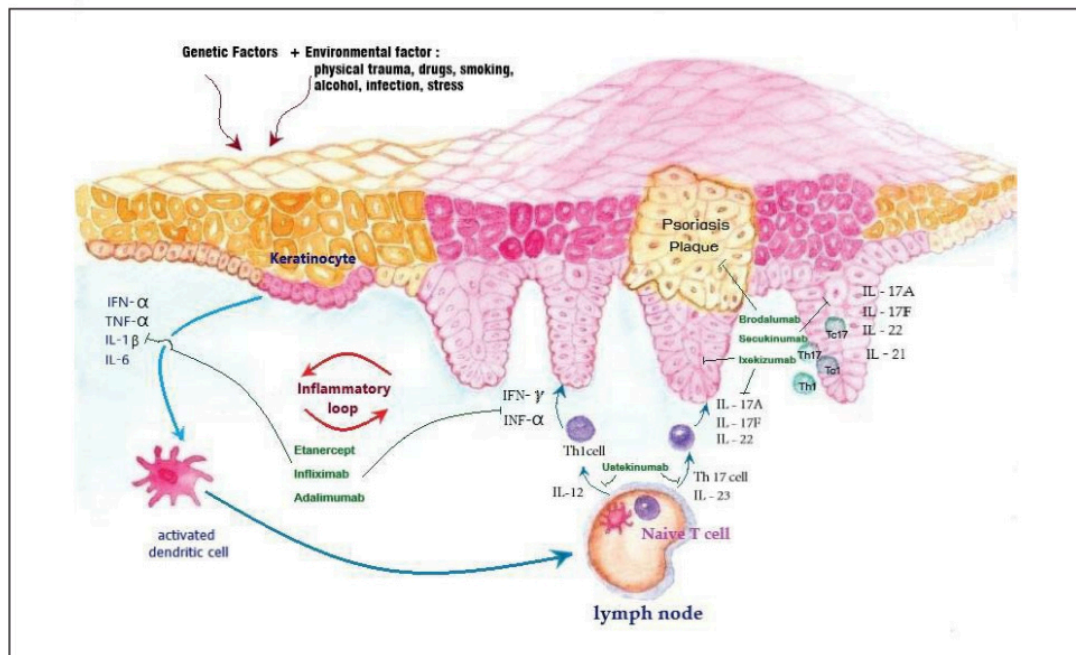
สาเหตุของโรคสะเก็ดเงินยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่า น่าจะมีปัจจัยมาเกี่ยวข้องคือ พันธุกรรม ระบบภูมิคุ้มกัน และปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก

ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) พบการเกิดโรคสะเก็ดเงินเพิ่มสูงกว่า ฝาแฝดไข่คนละใบ (dizygotic twins) 2-3 เท่า ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคสะเก็ดเงิน¹⁰ จากการศึกษาในประเทศเยอรมัน พบว่า ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรคสะเก็ดเงิน ลูกมีโอกาสเกิดโรคได้สูงถึงร้อยละ 41 ถ้ามีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียวคนหนึ่งเป็นโรค ลูกมีโอกาสเป็นโรคได้ร้อยละ 14 แต่ถ้ามีเฉพาะญาติพี่น้องเป็นโรค โอกาสที่จะเป็นโรคสะเก็ดเงินจะพบเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น¹¹

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมปี 2545 จนถึงกรกฎาคม ปี 2551 พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,082 คน มีผู้ป่วยร้อยละ 21 ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน และในจำนวนนี้ ร้อยละ 71 เป็น first-degree relatives (บิดา มารดา พี่ น้อง ลูก) และร้อยละ 54 เป็น second-degree relatives (ญาติในลำดับถัดไป เช่น พี่น้องต่างบิดาหรือมารดา ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย และหลาน) โดยผู้ป่วยที่มีคนในครอบครัวเป็นโรค จะเริ่มมีอาการแสดงของโรคเร็วกว่า (early age of onset) (อายุ 29.36 ปี) ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคสะเก็ดเงินในครอบครัว (อายุ 33.88 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² นอกจากนี้ มีการศึกษาความแตกต่างของผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังอายุ 40 ปี ในประเทศไทย ซึ่งช่วยยืนยันว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคตั้งแต่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคมมากกว่ากลุ่มที่เป็นหลังอายุ 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่ากลุ่มอายุน้อยเป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดหยดน้ำมากกว่ากลุ่มอายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย¹³ ทั้งนี้โรคสะเก็ดเงินยังมีความสัมพันธ์กับ HLA-Cw6 โดยพบว่า คนผิวขาวและคนญี่ปุ่นที่มี HLA-Cw6 มีความเสี่ยงสัมพันธ์ในการเกิดโรค 13 เท่า และ 25 เท่า ตามลำดับ HLA-Cw6 ยังมีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มแสดงอาการโรค โดยพบ HLA-Cw6 ในร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการแสดง early-onset และร้อยละ 50 ที่มีอาการแสดง late-onset แต่พบ HLA-Cw 6 ร้อยละ 7 ของประชากรปกติทำให้มีการแบ่งโรคสะเก็ดเงินออกเป็น type I ซึ่งมี HLA-Cw6 expression อาการแสดงออก early-onset และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน ผู้ป่วยมักมีผื่นกระจายทั่วร่างกายและกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ส่วน type II ไม่มี HLA-Cw6 expression อาการแสดงออก late-onset และไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน¹

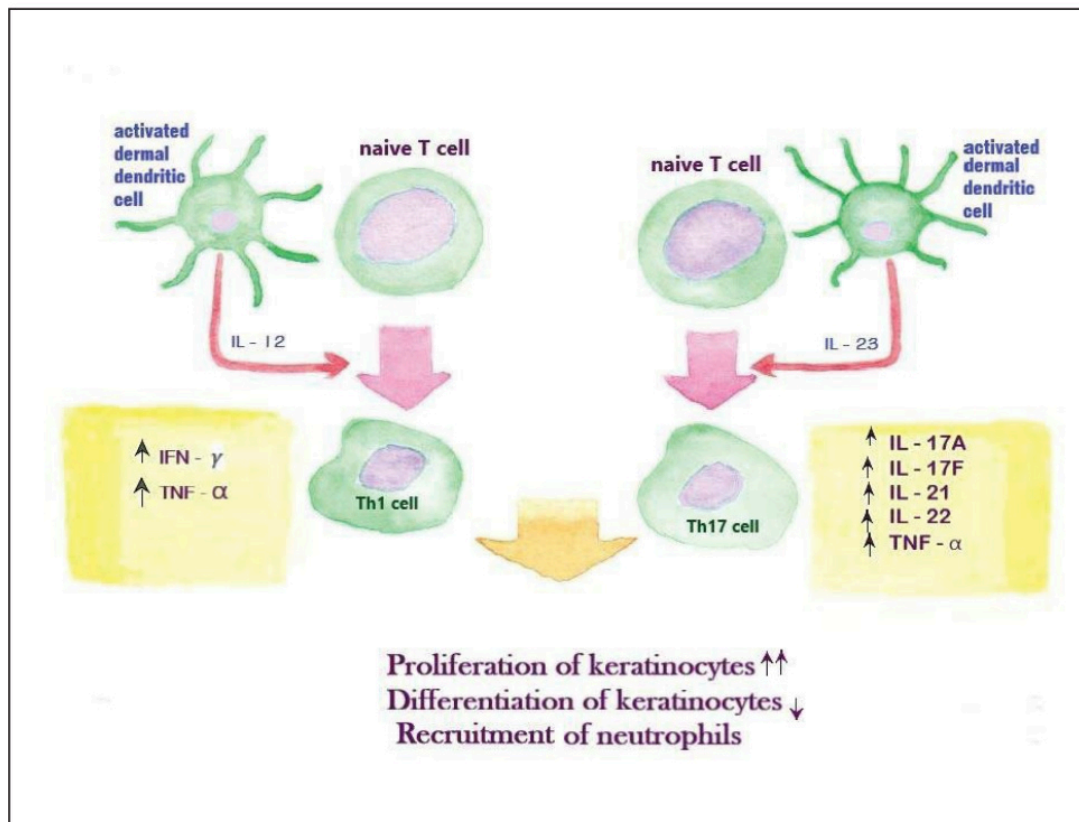


ปัจจัยทางด้านระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เชื่อว่าเริ่มต้นจากมีสิ่งกระตุ้น เช่น การติดเชื้อ ความเครียด การบาดเจ็บ และอื่นๆ ที่ยังไม่ทราบแน่ชัด เป็นต้น ที่เป็นจุดเริ่มต้นกระบวนการกระตุ้นเซลล์ทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (innate immune cells เช่น plasmacytoid, dendritic cells, natural killer cells และ keratinocytes เป็นต้น) เซลล์เหล่านี้จะหลั่ง cytokines (interferon α , tumor necrosis factor α , interleukin-1 β และ interleukin-6) ไปกระตุ้นเซลล์ myeloid dendritic cells ซึ่งเซลล์นี้จะไปกระตุ้น naive T cells (T-naive) ใน lymph nodes ให้มี differentiate กลายเป็นเซลล์ T helper type 17 (TH17)/ Tcytotoxic type 17 (Tc17) และ T helper type 1 (TH1)/ Tcytotoxic type 1 (Tc1) ที่ผิวหนัง โดยอาศัย IL-12 and IL-23 ตามลำดับ (ภาพที่ 15.3)



ภาพที่ 15.3 พยาธิกำเนิดโรคสะเก็ดเงิน

TH17 และ TH1 ที่ผิวหนังจะหลั่ง IL-17A, IL-17F, IL-22 จาก TH17/Tc17 และ IFN- γ , TNF- α จาก TH1/ Tc1 ตามลำดับ มากระตุ้นเซลล์ keratinocyte ให้มีการแบ่งตัวมากขึ้น ทำให้เกิดเป็นผื่นแดงหนา เซลล์ keratinocyte ที่ถูกกระตุ้นจะหลั่ง cytokine และ chemokine ต่างๆ มากระตุ้นเป็นวงจรซ้ำเดิมต่อไป¹⁴⁻¹⁷ (ภาพที่ 15.4)



ภาพที่ 15.4 เซลล์ Th1, Th17, cytokine, chemokine ที่เกี่ยวข้องในการเกิดผื่นสะเก็ดเงิน¹⁴⁻¹⁷

สำหรับปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่พบมีรายงานว่าสามารถกระตุ้นให้โรคกำเริบได้ คือ การแกะเกา หรือมีแผล (koebner phenomenon) ภาวะการติดเชื้อโดยเฉพาะในสะเก็ดเงินชนิดหยดน้ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อ streptococcus infections ซึ่งพบบ่อยในเด็ก การติดเชื้อ HIV การตั้งครรภ์ ความเครียด การดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ โดยพบว่า การสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน จะเพิ่มอัตราเสี่ยงของโรคสะเก็ดเงินขึ้นรุนแรงเป็น 2 เท่า ปัจจัยอื่นๆ เช่น การหยุดยาสเตียรอยด์ ชนิดรับประทาน รวมถึงโรคอาจถูกกระตุ้นหลังได้รับยารับประทานบางชนิด เช่น β -blockers, antimalarials, lithium, IFN, ACE inhibitors, GCSF และ NSAIDs เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นบางชนิดสามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการแนะนำคนไข้เรื่อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นข้างต้นจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดโรคได้



เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

สำหรับในประเทศไทย ในขณะนี้ยังไม่มีการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคของโรคสะเก็ดเงิน ในที่นี้จึงได้นำข้อมูลที่มีอยู่ของ WHO มาใช้เพื่อให้เป็นสถานการณ์ภาพรวมที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด และข้อมูลจากสหพันธ์โรคสะเก็ดเงินระหว่างประเทศ (International Federation of Psoriasis Associations: IFPA) พบว่า ในปี 2010 ค่า Global average DALY of psoriasis มีค่าเป็น 2 เท่าของ acute hepatitis C โดยที่ค่า DALYs สำหรับเพศชายและเพศหญิง มีความผันแปรเชิงเส้น คือ อายุมากกว่า 60 ปี โดยภาระโรคสูงสุดอยู่ในช่วง 50-69 ปี เพราะ DALYs ของเพศชายวัยผู้ใหญ่สูงกว่าเพศหญิงในช่วงอายุมากกว่า 75 ปี ส่วนด้านสังคมและเศรษฐกิจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบการสูญเสียชั่วโมงการทำงานถึง 56 ล้านชั่วโมง และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสะเก็ดเงินคิดเป็น 2-3 พันล้าน USD¹⁸

จากรายงานของสหพันธ์โรคสะเก็ดเงินระหว่างประเทศ พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคร่วมจากสะเก็ดเงินอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 10 ปี โดยร้อยละ 56 พบว่า เป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ และร้อยละ 18 ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน โดยที่ age of mortality ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมักจะเร็วกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 10 ปี (68.8 ปี เมื่อเทียบกับ 77.4 ปี ในเพศชาย และ 72.2 ปี เมื่อเทียบกับ 82.5 ปี ในเพศหญิง)¹⁹

1. ภาวะแทรกซ้อน (complication)**1.1 psoriatic arthritis**

เป็นการอักเสบของข้อที่เกิดจากโรคสะเก็ดเงินมักทำให้ข้อพิการผิดรูปได้ง่าย อุบัติการณ์พบร้อยละ 26-40 ทั้งเพศหญิงและเพศชายซึ่งพบได้เท่ากัน ในผู้ป่วยไทยพบได้ร้อยละ 15.6-35.5 โดยพบที่ peripheral joint มากกว่า axial joint และพบเล็บผิดปกติร่วมด้วยร้อยละ 57.5 การ X-ray พบการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น soft tissue swelling, periosteal erosion, pencil-in-cup change, ankylosis, sacroilitis หรือ syndesmophytes เป็นต้น

Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)²⁰ ใช้ในการตรวจหาผู้ป่วยข้ออักเสบจากโรคสะเก็ดเงิน โดยต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน จาก 6 คะแนน (sensitivity 98.7%, specificity 91.4%)

ตารางที่ 15.3 CASPAR criteria

CASPAR criteria	คะแนน
Evidence of current psoriasis, a personal history of psoriasis, or a family history of psoriasis	2
Typical psoriatic nail lesions (onycholysis, pitting, subungual hyperkeratosis)	1
Rheumatoid factor-negative	1
Current dactylitis, or a history of dactylitis recorded by a rheumatologist	1
X-RAY hand or foot-juxta-articular new bone formation (but excluding osteophyte formation)	1

ผู้ป่วยข้ออักเสบสะเก็ดเงิน พบการเพิ่มขึ้นของ intimal media thickness ซึ่งเป็นตัวชี้วัด subclinical arteriosclerosis ผู้ป่วยข้ออักเสบสะเก็ดเงินมีความเสี่ยงของ cardiovascular disease เพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบรุนแรงจะมีอัตราการตายสูงขึ้นจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด

เช่น Myocardial infarction, pulmonary embolism, peripheral artery disease และ cerebrovascular disease เป็นต้น ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรง และพบว่าผู้ป่วยมีอายุขัยเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับคนปกติ

1.3 โรคมะเร็งของผิวหนัง

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันจะเพิ่มอัตราของมะเร็งได้ โดยผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง (Photochemotherapy: PUVA) มากกว่า 200 ครั้ง หรือผู้ป่วยที่ได้รับยา cyclosporin เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งผิวหนัง โดยเฉพาะ Squamous Cell Carcinoma (SCC) และมีรายงานการเกิด melanoma ในผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เคยได้รับการรักษา PUVA และติดตามไป 15 ปี



1.4 โรคกระเร็งของต่อมน้ำเหลือง

อุบัติการณ์ของโรค hodgkin's lymphoma และ cutaneous T-cell lymphoma สูงขึ้นเมื่อเทียบกับคนทั่วไปที่มีอายุและเพศใกล้เคียงกัน โดยอัตราเสี่ยงจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูง

1.5 non alcoholic steatohepatitis

โรคสะเก็ดเงินเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) แบบ independence สำหรับ non alcoholic steatohepatitis ดังนั้นการใช้ methotrexate (MTX) ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินอาจทำให้ภาวะตับอักเสบรุนแรงขึ้นได้ ต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด

2. ภาวะโรคร่วม (comorbidity)

การค้นหาล่าสุดพบความสัมพันธ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดกับโรคสะเก็ดเงิน นอกจากนี้ยังพบว่า มีความถี่ในการพบ metabolic syndrome โรคซึมเศร้า และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากกว่า เมื่อเทียบกับคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยไทย ได้แก่ ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (ร้อยละ 15.6-35.5) ภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.8 โรคเบาหวานร้อยละ 9.1 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 3.7 โรค HIV ร้อยละ 1.6 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 0.8 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 0.6²¹

ภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome)

ประกอบด้วยภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีการเพิ่มของ subclinical atherosclerosis และ vascular inflammation นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ serum lipid (triglyceride และ total cholesterol) เมื่อเทียบกับคนปกติ นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา สำหรับภาวะอ้วนลงพุงในคนไทยจะต้องมีภาวะอ้วนลงพุงทุกราย โดยวัดจากระอบเอว ร่วมกับความผิดปกติทาง metabolic 2 ใน 4 ข้อ²² ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 15.4 Criteria metabolic syndrome

Criteria	Measurement
1. Waist circumference	เพศชายมากกว่าหรือเท่ากับ 36 in (90 cm.) เพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 32 in (80 cm.)
2. Elevated triglycerides	Triglycerides มากกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dL
3. Reduced HDL	เพศชายน้อยกว่า 40 mg/dL เพศหญิงน้อยกว่า 50 mg/dL
4. Elevated BP	BP≥130/85 mmHg
5. Elevated FBS	FBS≥100 mg/dL

คำจำกัดความของน้ำหนักเกิน คือ ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก./ตร.ม. อ้วน คือ ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ตร.ม. (คนเอเชีย)
ที่มา: เอกสารเรื่องโรคอ้วนลงพุง สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554

3. psychological burden

โรคสะเก็ดเงินยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านจิตใจและโอกาสทางสังคม ในแง่ของผลกระทบทางจิตใจพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับคนปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า มีความปรารถนาความตาย (dead wish) ถึงร้อยละ 9.7 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal idea) ถึงร้อยละ 5.5 นอกจากนี้ ผู้ป่วย 77 คน รายงานว่ามีประสบการณ์ที่เหมือนถูกประทุษร้าย (stigmatization)

4. socioeconomic burden

จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2008 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสะเก็ดเงินถึง 11.5 พันล้าน USD โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัว 2,528 USD ต่อปี ส่วนในปี 2000 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดที่มีความรุนแรงน้อยประมาณ 600-1,100 CHF และการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดที่มีความรุนแรงมากประมาณ 2,400-9,900 CHF สำหรับผลกระทบด้าน socioeconomic อื่น ที่ไม่สามารถคำนวณเป็นมูลค่าได้ แต่มีความหมายรวมถึงความสูญเสียโอกาสในการศึกษาและความก้าวหน้าในการทำงาน โดยในกลุ่มโรคสะเก็ดเงินชนิดที่มีความรุนแรงมาก ประมาณร้อยละ 21



ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มรายได้ต่ำ ในขณะที่ร้อยละ 16 ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต้องเคยขาดงาน เนื่องจากต้องรักษาตัวด้วยโรคสะเก็ดเงิน และร้อยละ 30 เคยขาดงาน เนื่องจากรักษาตัวด้วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน²³

กิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม (Cost Effectiveness and Intervention)

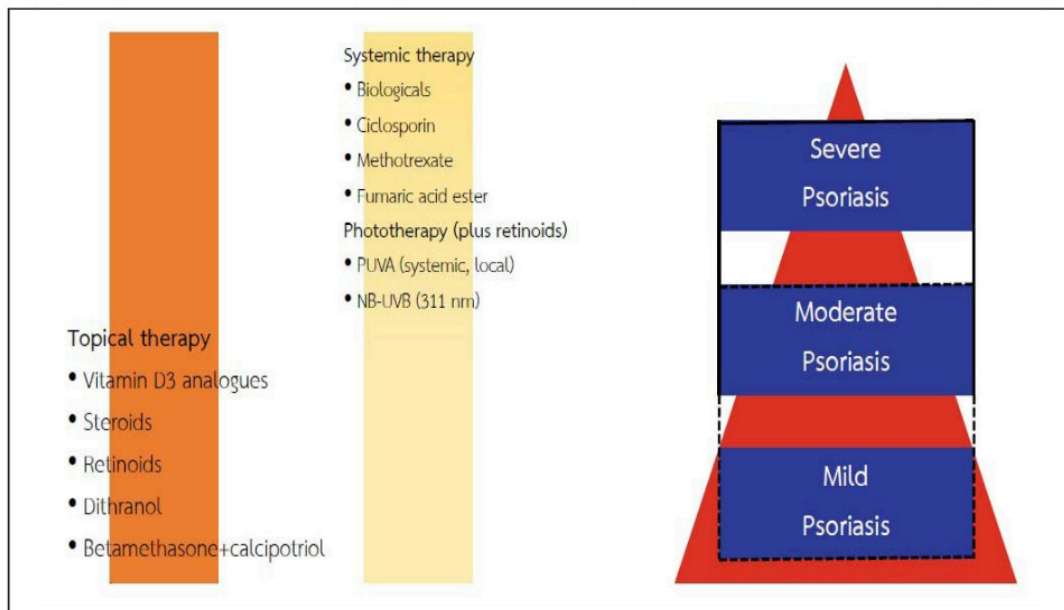
ในการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยปกติจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระดับน้อย (mild severity) โดยดูจากคะแนน Psoriasis Area Severity Index (PASI) ≤ 10 , Body Surface Area (BSA) $\leq 10\%$, Dermatology Quality of Life Index (DLQI) ≤ 10 ซึ่งการรักษาที่เหมาะสมคือ กลุ่มยาเฉพาะที่หรือการฉายแสงเฉพาะที่ (targeted phototherapy)
2. ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe severity) โดยดูจากคะแนน PASI > 10 , BSA $> 10\%$, DLQI > 10 รวมทั้งในบางกรณีที่มีผื่นสะเก็ดเงินขนาดเล็กๆ ถึงแม้ผื่นจะน้อยกว่าร้อยละ 10 ของ BSA แต่อยู่บริเวณเฉพาะที่ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ง่าย เช่น ใบหน้า หนังศีรษะ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เล็บมือเล็บเท้า อวัยวะเพศ เป็นต้น และไม่ตอบสนองต่อ topical treatment ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ก็จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก การรักษาที่เหมาะสม คือ การฉายแสง (phototherapy) หรือยากกลุ่มที่ออกฤทธิ์ systemic treatment เป็นต้น²⁴

วิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงิน มี 4 วิธี หลัก (ภาพที่ 15.5) ได้แก่

1. ยาทาภายนอก เช่น ยาทาสเตียรอยด์ ยาทาวิตามินดี ยาทากลุ่มน้ำมันดิน ยาทา dithranol และยาทา anthralin เป็นต้น
2. ยารับประทาน เช่น MTX retinoid ciclosporin เป็นต้น
3. การฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต เช่น Narrow band UVB และ PUVA เป็นต้น
4. ยาฉีดชีวโมเลกุลที่มีใช้ในประเทศไทย มี 3 กลุ่ม ดังนี้
 - 4.1 ออกฤทธิ์ยับยั้ง Tumor Necrosis Factor α (Anti-TNF- α)
 - etanercept (embrel)
 - infliximab (remicade)
 - 4.2 ออกฤทธิ์ยับยั้ง P40 subunit ของ IL-12/IL-23
 - ustekinumab (stelera)
 - 4.3 ออกฤทธิ์ยับยั้ง IL-17A
 - secukinumab
 - ixekizumab





ภาพที่ 15.5 วิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงิน

เนื่องจากโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนและปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น ควรพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่ควบคุมผื่นได้ดีและมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการประเมินความคุ้มค่าของยาหรือวิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงระดับปานกลางจนถึงมาก 3 ประเภทหลัก ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 15.5 และตารางที่ 15.6)

- 1. phototherapy** ได้แก่ PUVA, Narrow band UVB (NUVB) และ targeted phototherapy
ข้อดี คือ เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง มีความปลอดภัย และผลข้างเคียงน้อย
ข้อเสีย คือ เสียเวลาในการเดินทางมาฉายแสงที่โรงพยาบาล
photoaging and photocarcinogenesis โดยพบมะเร็งผิวหนังจากการฉายแสง PUVA มากกว่า 200-250 ครั้ง
- 2. systemic therapies** ได้แก่ methotrexate, ciclosporine และ actitretin
ข้อดี คือ มีประสิทธิภาพสูง เหมาะสำหรับผื่นที่มีความรุนแรงมาก BSA>10%
ข้อเสีย คือ ผลข้างเคียง เช่น cytopenia, hepatitis, renal dysfunction และ teratogenicity เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาพบแพทย์เป็นระยะๆ เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้
- 3. biologic therapies** ได้แก่ etanercept, Infliximab, ustekinumab และ secukinumab
ข้อดี คือ ยาแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพในการรักษาแตกต่างกัน บางชนิดมีประสิทธิภาพสูง บางชนิดประสิทธิภาพต่ำและสะดวกในการบริหารยา
ข้อเสีย คือ ราคาแพง และอาจมีผลข้างเคียงในระยะยาว เช่น การติดเชื้อ มะเร็งผิวหนัง (melanoma และ NMSC) เป็นต้น



ตารางที่ 15.5 เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต ยารับประทานมาตรฐาน และยาฉีดชีวโมเลกุลที่มีในประเทศไทย ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก

treatment	recommending Dose	efficacy ประเมินที่ 12 สัปดาห์		
		% Achieving PASI-75	% Achieving PASI-90	%Achieving PASI-100
Phototherapy				
NU-UVB	3 times/ week (6–12 weeks)	70	NA	NA
PUVA	3-4 times/ week	80	NA	NA
Systemic medications				
Acitretin	25 mg/ day	30	NA	NA
Methotrexate*	10–20 mg / week	60	NA	NA
Ciclosporin	3-5 mg/kg/ day	70	NA	NA
Biologics				
Etanercept	50 mg/ week SC once or twice weekly	30	21	NA
Ustekinumab	45 mg SC at week 0, 4, then q 12 weeks	70	42	28.4
Infliximab	5 mg/ kg IV at week 0, 2, 6, then q 8 weeks	80	57	NA
Secukinumab	150 mg or 300 mg SC once weekly for 5 weeks, then q 4 weeks	67-71.7 (150 mg)	39.1-41.9 (150 mg)	12.8-14.4 (150 mg)
Ixekizumab	160 mg SC at week 0, then 80 mg q 2,4, 6, 8, 10,12 weeks , then q 4 weeks	75.9-86.7 (300mg) 90	54.2-79 (300 mg) 68-71	24.1-44.3 (300 mg) 40

*Methotrexate มีบางการศึกษารายงานว่า ในกรณี severe psoriasis มีประสิทธิภาพ แคร์้อยละ 26^{25,26}



ตารางที่ 15.6 เปรียบเทียบราคาค่าขายแสงอัลตราไวโอเล็ต ยารับประทานมาตรฐาน และยาฉีดชีวโมเลกุลที่มีในประเทศไทย

	ราคา	ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (คิดที่ BW 60 kg.)
phototherapy	300 บาทต่อครั้ง	2,400-3,600 บาทต่อเดือน
methotrexate	2.5 มิลลิกรัม ราคา 8 บาท	120-320 บาทต่อเดือน
acitretin	10 มิลลิกรัม ราคา 34 บาท 25 มิลลิกรัม ราคา 74 บาท	1,005-6,615 บาทต่อเดือน
ciclosporin	100 มิลลิกรัม Neoral ราคา 171 บาท Equoral ราคา 91 บาท 25 มิลลิกรัม Equoral ราคา 23 บาท	Neural ราคา 10,260-15,390 บาทต่อเดือน (123,120-184,680 บาทต่อปี) Equoral ราคา 5,460-8,190 บาทต่อเดือน (65,520-98,280 บาทต่อปี)
etanercept	25 มิลลิกรัม ราคา 5,422 บาท 50 มิลลิกรัม ราคา 10,783 บาท	43,132 บาทต่อเดือน
infliximab	100 มิลลิกรัม ราคา 28,921 บาท	694,104 บาทต่อปี
ustekinumab	45 มิลลิกรัม ราคา 120,586 บาท	602,930 บาทต่อปี (5 เข็ม)
secukinumab	150 มิลลิกรัม ราคา 11,478 บาท 300 มิลลิกรัม ราคา 22,956 บาท	150 mg; 183,648 บาทต่อปี (16 เข็ม) 300 mg; 367,296 บาทต่อปี (32 เข็ม)
ixekizumab	80 มิลลิกรัม ราคา 34,500 บาท (ราคาค้นทุน)	586,500 บาทต่อปี (17 เข็ม) (ราคาค้นทุน)

ที่มา: ราคาสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

cost effectiveness ของการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก

การประเมินความคุ้มค่าการรักษาโรคสะเก็ดเงินเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากโรคสะเก็ดเงินรักษาไม่หายขาด ยาฉีดชีวโมเลกุลที่มีประสิทธิภาพสูงส่วนใหญ่มีราคาแพง ทำให้รัฐบาลและแพทย์ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยด้วย (ตารางที่ 15.7 และภาพที่ 15.6)



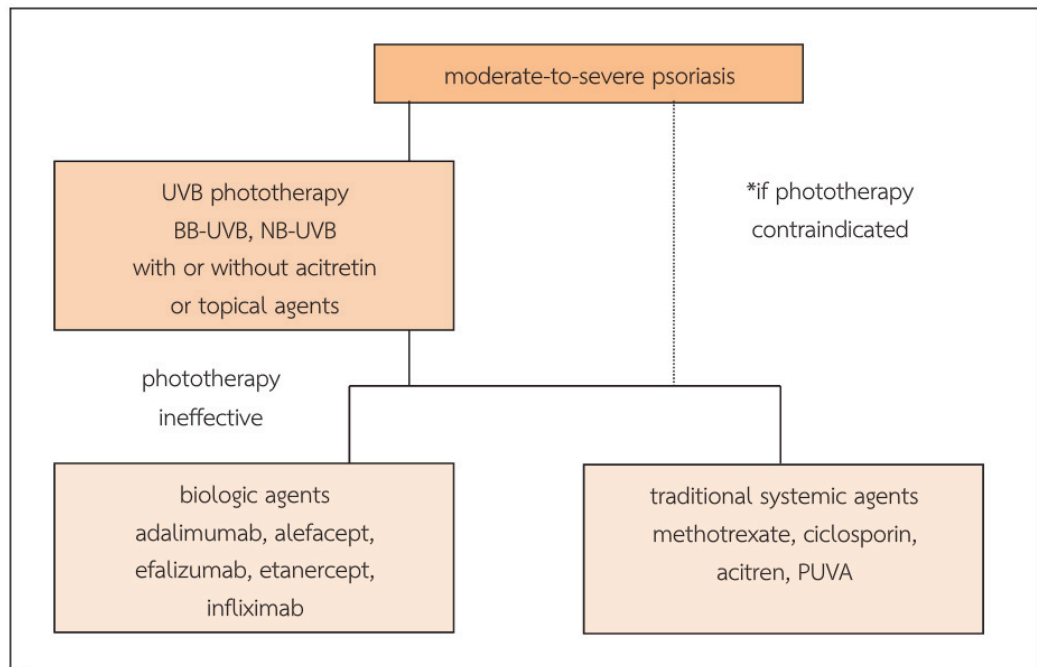
ตารางที่ 15.7 การทบทวนงานวิจัยประเมินประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่าของการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่มี ความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก

ทบทวนงานวิจัย	เปรียบเทียบ	ผลการศึกษา
Feldman SR, et al. 2003 ²⁵	NB-UVB, PUVA, systemic medications (acitretin, methotrexate, ciclosporin) และ biologics (alefacept, etanercept, infliximab)	NB-UVB ควรพิจารณาเป็น first line treatment; treatment goal ผู้ป่วย achieve PASI-75 (การศึกษานี้ไม่ได้รวม การรักษา ด้วย UV ร่วมกับ acitretin)
Hankin CS, et al. 2005 ²⁷	Phototherapy (UVB, PUVA), oral systemic agents (acitretin, ciclosporin, methotrexate), and biologics (alefacept, efalizumab, etanercept, infliximab)	Oral systemic medications, UV therapy alone และ UV therapy combined ร่วมกับ acitretin เป็นการรักษาที่มีความคุ้มค่า; treatment goal-PASI-75 responder
Kuster D, et al. 2016 ²⁸	Methotrexate, ciclosporin, fumaric acid esters, retinoids; adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab ในประเทศเยอรมัน	Methotrexate เป็นการรักษาที่มี ประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากที่สุด รองต่อมา คือ ustekinumab 90 mg และ infliximab ตามลำดับ; treatment goal-PASI-75 responder
Hendrix N, et al. 2018 ²⁹	Adalimumab, etanercept, infliximab; apremilast; ustekinumab; ixekizumab, secukinumab, brodalumab	การรักษาด้วยยาฉีดชีวโมเลกุลกลุ่ม IL-17 inhibitors เป็นการรักษาที่มี ประสิทธิภาพและมีค่าความคุ้มค่า ใน ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วย methotrexate และ phototherapy ที่ willingness-to-pay thresholds \$150,000 ต่อปีสุขภาพ (per QALY) Apremilast และ infliximab มี ความคุ้มค่าในการรักษา ที่ willingness-to-pay thresholds \$100,000 ต่อปีสุขภาพ
Augustin M, et al. 2018 ³⁰	เปรียบเทียบ secukinumab, adalimumab, infliximab, etanercept, ustekinumab ใน ประเทศเยอรมัน (first biologic)	Secukinumab มี cost per PASI 90 responder ช่วงระยะเวลา รักษา 16-52 สัปดาห์ ต่ำสุด เมื่อ เทียบกับยาฉีดชีวโมเลกุลตัวอื่น ใน ประเทศเยอรมัน

การรักษาด้วยการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต

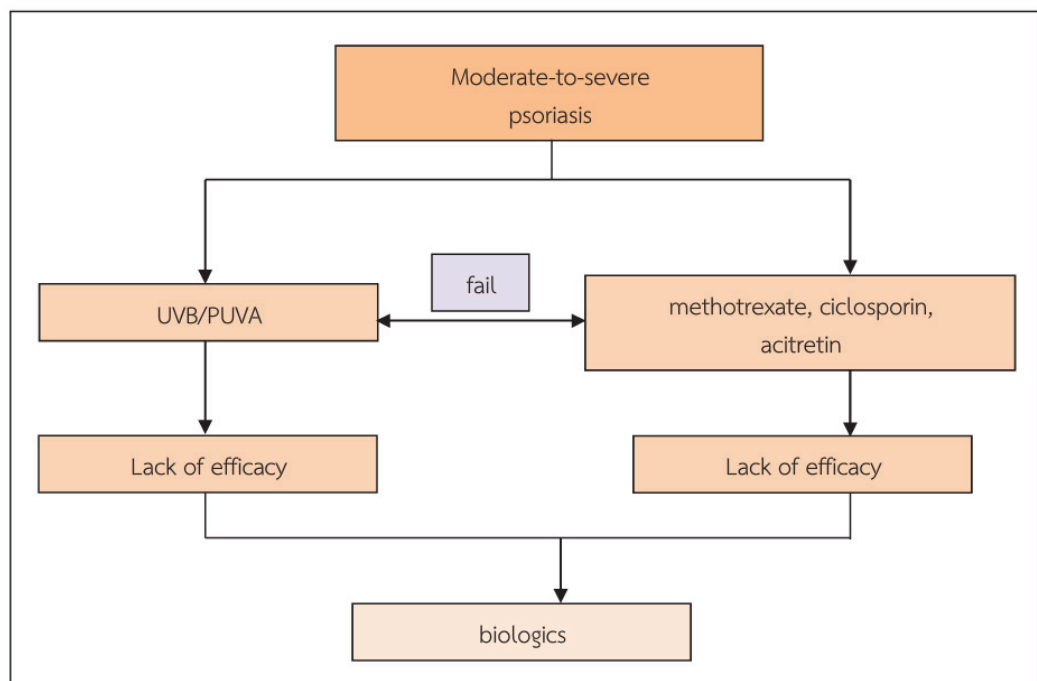
การรักษาด้วยการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต จัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดี ราคาไม่แพง มีความคุ้มค่า มีความปลอดภัย จึงควรพิจารณาเป็นการรักษาอันดับแรก (first line treatment) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการฉายแสง เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยารับประทานมาตรฐาน และยาฉีดชีวโมเลกุล^{26,27}





ภาพที่ 15.6 cost-effectiveness ของการรักษาโรคสะเก็ดเงิน

สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากการรักษาด้วยยาฉีดชีวโมเลกุล เป็นยาที่มีราคาแพง และปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการให้ยาว่าควรให้ไปนานเท่าใด สมาคมแพทย์ผิวหนัง จึงแนะนำแนวทางการปฏิบัติ (guideline) ในการรักษาดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 15.7)



ภาพที่ 15.7 Guideline การรักษาโรคสะเก็ดเงิน โดยสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย



การรักษาด้วยยาฉีดชีวโมเลกุล

ยาฉีดชีวโมเลกุลที่สามารถเบิกได้โดยใช้สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงหรือสิทธิรัฐวิสาหกิจ ได้แก่ etanercept และ infliximab โดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 15.8)

ตารางที่ 15.8 เกณฑ์ในการเบิกจ่ายยาฉีดชีวโมเลกุลโดยใช้สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

disease activity (ข้อใดข้อหนึ่ง)	1. PASI>15 or BSA>15%, at least 6 months 2. severe psoriasis on face, palmo-plantar และต้องมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 2.1 มีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ของการประณิน Erythema, Induration, desquamation ที่บ่งชี้ว่ามีความรุนแรงหรือรุนแรงมาก 2.2 Involve BSA >30% of face, palm, sole 3. psoriatic arthritis with CASPAR≥4 4. มีผลข้างเคียงจากการรักษามาตรฐาน ที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาต่อได้ เช่น ดับอักเสบเรื้อรัง ไตเสื่อมเรื้อรัง โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาขนาดมาตรฐาน
conventional Rx : non-responder อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ (<50% improved from base line PASI or BSA)	1. phototherapy (NB-UVB or PUVA) 2-3 times/ week, at least 20-24 sessions 2. methotrexate ≥10 mg/ week, at least 16 weeks 3. cyclosporin 3-5 MKD, at least 16 weeks 4. acitretin ≥0.4 MKD, at least 12 weeks
lab investigation (all tests within 6 months)	CBC, BUN, Cr, LFT, Urine exam, UPT, CXR, Tuberculin test, HBsAg , Anti-HBC, Anti-HCV, Anti-HIV
ประเมินผลการรักษา: ทุกสัปดาห์ เพื่อขอต่อ 12 ทะเบียน การใช้ยา	ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาในเกณฑ์ดี (>75% improved from PASI or BSA)
contraindications	1. Pregnancy, lactation 2. Drug hypersensitivity, allergy to murine protein 3. Acute and chronic infection: TB, HIV, HBV, HCV 4. Severe congestive heart failure (NYHA grade 4) 5. Severe comorbidities: liver cirrhosis, chronic renal disease, malignancy 6. Demyelinating disease, pulmonary fibrosis

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

โรคสะเก็ดเงิน เนื่องจากเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังและปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งยังพบโรคร่วมอื่นๆ ได้ เช่น โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน กลุ่มโรค metabolic syndrome กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาโรคซึมเศร้า มีความเครียดเรื้อรัง ไม่กล้าเข้าสังคม มีผลกระทบต่อ การเรียน การทำงาน นำมาสู่ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ติดสุรา สูบบุหรี่ มีความคิดฆ่าตัวตาย) ดังนั้นผู้ป่วยสมควรได้รับการดูแลรักษาให้ครอบคลุมจากสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) สถาบันโรคผิวหนังได้จัดตั้ง center of excellence สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างครบวงจร กล่าวคือ ประกอบด้วย คลินิกเฉพาะโรคสะเก็ดเงิน คลินิกฉายแสงอัลตราไวโอเลต (phototherapy unit) ตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางตจวิทยาและแพทย์อายุรกรรมโรคข้อ มีแผนกผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอาการรุนแรงมากไว้รักษาในโรงพยาบาล และ day care unit สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก แต่ไม่สะดวกที่จะนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งยังมีทีมบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ



เช่น พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่สิทธิบัตร เป็นต้น ที่ให้การดูแลรักษา ให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างครบวงจร

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ เช่น การวินิจฉัย การตัดสินใจในรายที่ไม่มั่นใจในการวินิจฉัย การประเมินรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินและภาวะโรคร่วมที่อาจพบได้ เพื่อพิจารณาเลือกวิธีการรักษา และการหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นเห่อในผู้ป่วยแต่ละราย ดังตารางที่ 15.9

ตารางที่ 15.9 กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

Diagnosis	- history - physical examination: skin, nail, bone
investigations	- skin biopsy ในรายที่ไม่มั่นใจในการวินิจฉัย - gram stain, culture bacteria จากตุ่มหนอง - X-ray bone ในรายที่มีปวดข้อ - blood for CBC, liver function test, BUN, creatinine, cholesterol, triglyceride - blood for Rheumatoid factor, anti- HIV - pregnancy test ในรายที่จะให้การรักษาด้วยยา MTX, neotigason
comorbidity screening	psoriatic arthritis, metabolic syndrome, autoimmune diseases, lymphoma, depression
accessing disease severity	PASI score, %BSA - mild=PASI≤10, BSA≤10% - moderate to severe=PASI>10, BSA>10%
trigger factor screening	obesity, smoking, stress, scratching, infections, pregnancy, medications

การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน เพื่อพิจารณาเลือกวิธีการรักษา แบ่งเป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นและการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1. Psoriasis Area and Severity Index (PASI) เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นจากลักษณะความแดง (erythema) ความนูน (induration) และขุย (scale) ของผื่นในส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body surface area involvement) จะได้ค่าความรุนแรงออกมาเป็นตัวเลข โดยมีค่าระหว่าง 0 (ไม่มีผื่น) ถึง 72 (ผื่นรุนแรงมากที่สุด) ทำให้ง่ายต่อการตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสม ติดตามอาการระหว่างการรักษา และปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น โดยแนะนำให้ประเมิน PASI ก่อนเริ่มรักษา ระหว่างการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

2. Body Surface Area (BSA) ประเมินความรุนแรงของผื่น วัดผื่นโดยเทียบขนาด 1 ฝ่ามือถึงข้อ proximal interpharyngeal joint เท่ากับร้อยละ 1 ของพื้นที่ผิวหนังทั่วร่างกาย

3. Dermatology Life Quality Index (DLQI) ประเมินว่าโรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหรือไม่ หัวข้อในการประเมิน เช่น เรื่องอาการ ความรู้สึก กิจกรรมประจำวัน งานอดิเรก การเข้าสังคม ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งการรักษามีทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 DLQI มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน

การรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีหลักในการพิจารณา ดังนี้ (ตารางที่ 15.10)

1. ประเมินความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม การประเมินใช้คะแนน PASI หรือ BSA โดยถ้า PASI≤10 หรือ BSA≤10% ถือว่าความรุนแรงของโรคน้อย การรักษาคือพิจารณาเลือกกลุ่มยาทาหรือการฉายแสงอัลตราไวโอเลตเฉพาะที่ ถ้า PASI>10 หรือ BSA>10% ถือว่าความรุนแรงโรคระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก การรักษาคือพิจารณาเลือกการฉายแสงอัลตราไวโอเลตทั้งตัว และยารับประทานกดภูมิคุ้มกันหรือยาฉีดชีวโมเลกุล

2. ผู้ป่วยมีข้ออักเสบร่วมด้วยหรือไม่

3. ผู้ป่วยมีเล็บผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่

4. มีภาวะ co-morbidity disease อื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่

5. ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นเห่อในผู้ป่วยแต่ละราย



ตารางที่ 15.10 แนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

treatment	scoring	mild	topicals targeted UV	treatment goals	combination therapy
		moderate to severe	whole body UV systemic drugs biologics		
patient safety	monitoring serious side effect of high alert drugs: teratogenicity, BM suppression, severe infection (TB), liver fibrosis, malignancy (skin cancer, lymphoma)				
psoriatic arthritis screening	positive->rheumatologist negative->annual re-screening				
comorbidity screening	positive->specialist negative->annual re-screening				
trigger factor screening	obesity-weight loss intervention smoking-smoking cessation programme stress-psychological intervention infections-adequate therapy				
patient and family member education					
accessing health insurance	Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), Social Security Scheme (SSS), Universal Healthcare Scheme (UCS), private insurance, self pay				

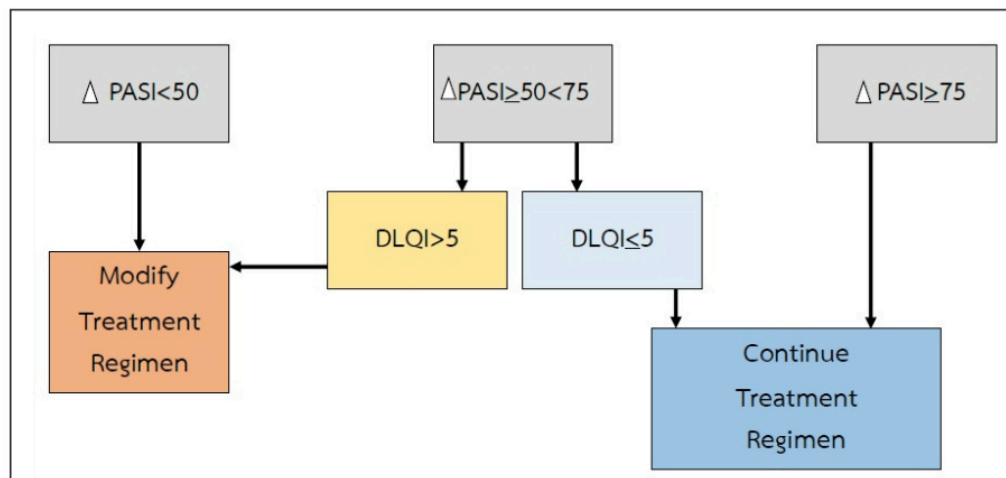
การรักษาโรคสะเก็ดเงิน จำเป็นต้องมีเป้าหมายของการรักษาที่ชัดเจน (treatment goal)²⁴ ระหว่างการรักษา ควรมีการประเมิน treatment goal เป็นระยะ ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา เพื่อผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการรักษา

การประสบความสำเร็จในการรักษา (treatment success) คือ มีการลดลงของ PASI เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา $\geq 75\%$ เดือนที่ 4-6 ของการรักษา ($\Delta\text{PASI} \geq 75\%$)

ผู้ป่วยที่ตอบสนองปานกลางต่อการรักษา (intermediate response to treatment) คือ มีการลดลงของ PASI เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา $\geq 50\%$ แต่ $< 75\%$ เดือนที่ 4-6 ของการรักษา ($50\% \leq \Delta\text{PAS} < 75\%$) ซึ่งถ้า $\text{DLQI} \leq 5$ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการรักษา แต่ถ้า $\text{DLQI} > 5$ สมควรต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

ความล้มเหลวในการรักษา (treatment failure) คือ มีการลดลงของ PASI เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา $< 50\%$ ที่เดือนที่ 4-6 ของการรักษา ($\Delta\text{PASI} < 50\%$) สมควรต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา





ภาพที่ 15.8 เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (treatment goal)

การเปลี่ยนแปลงการรักษา (modify treatment regimen) เช่น การปรับขนาดยา โดยวิธีอื่นร่วมด้วย หรือ การเปลี่ยนประเภทของยา เป็นต้น

ข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทย คือ การกระจายตัวของตจแพทย ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 15.11 และตารางที่ 15.12) ทำให้ผู้ป่วยตามภูมิภาคต่างๆ ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และสถานพยาบาลที่ให้บริการทางด้านรังสีชีววิทยามีจำกัด ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่ๆ ตามภูมิภาคต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ไม่สามารถเดินทางไปฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตได้ (ภาพที่ 15.9)

ตารางที่ 15.11 รายงานการสำรวจข้อมูลการกระจายตัวของตจแพทย์ภาครัฐในโรงพยาบาล/ สถานบริการ แบ่งตามเขตสุขภาพทั่วประเทศ ปี 2561 โดยสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพ	จำนวนตจแพทย์ (คน)	เขตสุขภาพ	จำนวนตจแพทย์ (คน)
เขตสุขภาพที่ 1		เขตสุขภาพที่ 2	
จังหวัดเชียงราย	3	จังหวัดอุดรดิตถ์	2
จังหวัดเชียงใหม่	5	จังหวัดเพชรบูรณ์	1
จังหวัดพะเยา	1	จังหวัดพิษณุโลก	2
จังหวัดลำปาง	1	จังหวัดสุโขทัย	1
รวม	10	รวม	6
เขตสุขภาพที่ 3		เขตสุขภาพที่ 4	
จังหวัดนครสวรรค์	3	จังหวัดนครนายก	2
รวม	3	จังหวัดนนทบุรี	11
		จังหวัดปทุมธานี	6
		จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	3
		จังหวัดลพบุรี	4
		จังหวัดสระบุรี	6
		จังหวัดสิงห์บุรี	1
		จังหวัดอ่างทอง	1
		รวม	34

หมายเหตุ: โรงพยาบาล/ สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม ทบวง มหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงยุติธรรม สังกัดกรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจ สภาวิชาชีพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา



ตารางที่ 15.11 รายงานการสำรวจข้อมูลการกระจายตัวของตจแพทย์ภาครัฐในโรงพยาบาล/สถานบริการ แบ่งตามเขตสุขภาพทั่วประเทศ ปี 2561 โดยสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ต่อ)

เขตสุขภาพ	จำนวนตจแพทย์ (คน)	เขตสุขภาพ	จำนวนตจแพทย์ (คน)
เขตสุขภาพที่ 5		เขตสุขภาพที่ 6	
จังหวัดนครปฐม	4	จังหวัดสมุทรปราการ	8
จังหวัดสมุทรสาคร	1	จังหวัดจันทบุรี	2
จังหวัดสุพรรณบุรี	2	จังหวัดฉะเชิงเทรา	1
จังหวัดกาญจนบุรี	2	จังหวัดตราด	1
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	2	จังหวัดปราจีนบุรี	1
จังหวัดเพชรบุรี	2	จังหวัดระยอง	1
จังหวัดราชบุรี	3	จังหวัดชลบุรี	9
รวม	16	รวม	23
เขตสุขภาพที่ 7		เขตสุขภาพที่ 8	
จังหวัดขอนแก่น	5	จังหวัดนครพนม	1
จังหวัดมหาสารคาม	3	จังหวัดเลย	2
จังหวัดร้อยเอ็ด	1	จังหวัดสกลนคร	1
รวม	9	จังหวัดหนองคาย	1
		จังหวัดอุดรธานี	2
		รวม	7
เขตสุขภาพที่ 9		เขตสุขภาพที่ 10	
จังหวัดนครราชสีมา	4	จังหวัดยโสธร	1
จังหวัดบุรีรัมย์	1	จังหวัดศรีสะเกษ	2
จังหวัดสุรินทร์	2	จังหวัดอุบลราชธานี	4
รวม	7	รวม	7
เขตสุขภาพที่ 11		เขตสุขภาพที่ 12	
จังหวัดชุมพร	1	จังหวัดนราธิวาส	2
จังหวัดนครศรีธรรมราช	3	จังหวัดปัตตานี	3
จังหวัดพังงา	1	จังหวัดตรัง	5
จังหวัดภูเก็ต	3	จังหวัดพัทลุง	1
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	2	จังหวัดสงขลา	5
รวม	10	จังหวัดยะลา	2
		รวม	18
เขตสุขภาพที่ 13			
กรุงเทพมหานคร	141		
รวมทุกเขตสุขภาพ	291		

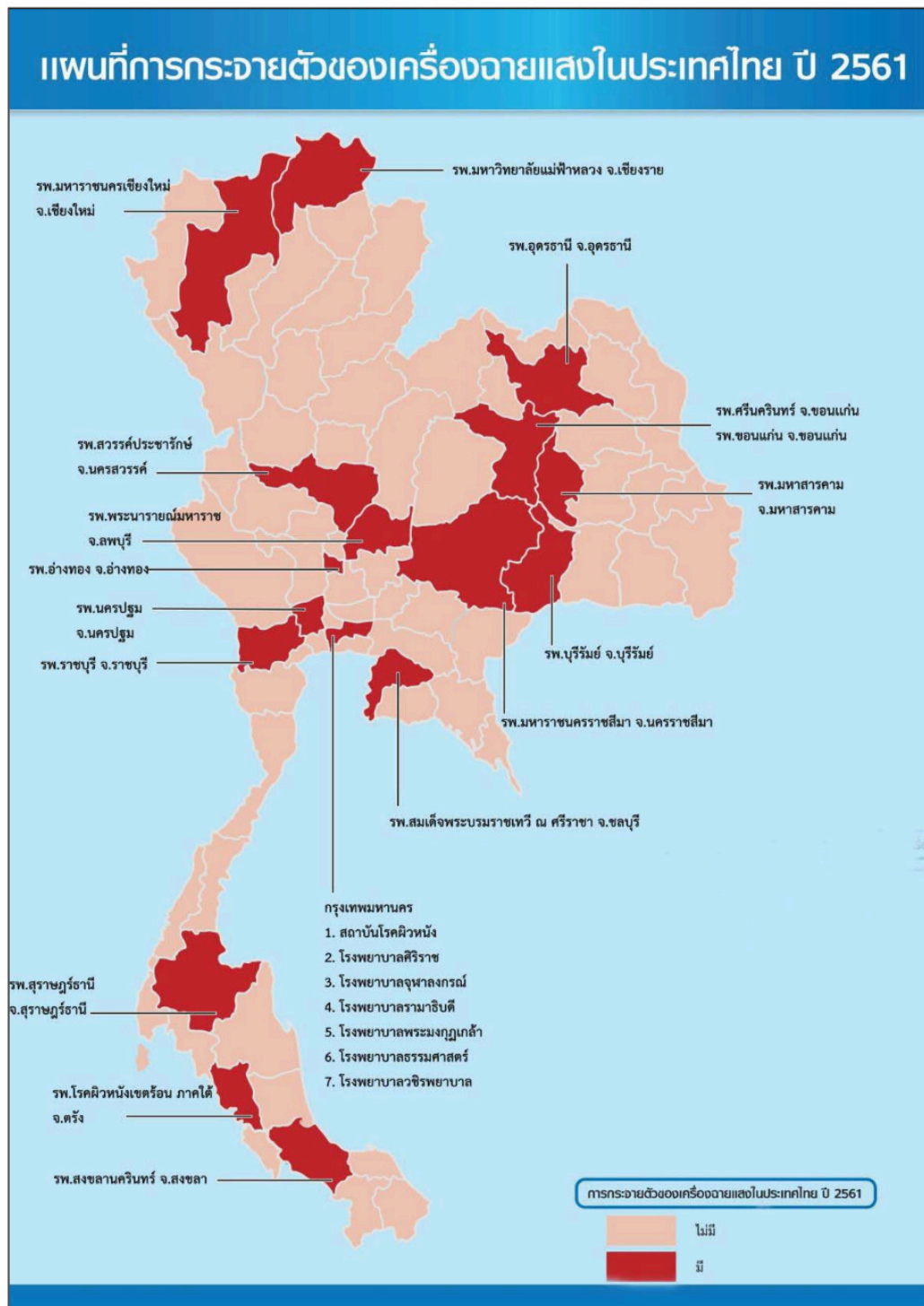
หมายเหตุ: โรงพยาบาล/สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม ทบวง มหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงยุติธรรม สังกัดกรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจ สภาวิชาชีพ สำนักราชบัณฑิตยสถาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา



ตารางที่ 15.12 สถานการณ์ตจแพทยภครฐตอจนวนประชกร ปี 2560 โดยสภบบนโรคผิวหนัง กรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่	จำนวนตจแพทย	ประชกรกลบปี 2560	สัดส่วนแพทย 1 คนตอประชกร
1	10	5,561,491	556,149.10
2	6	3,445,607	574,267.83
3	3	2,993,639	997,879.67
4	34	5,275,641	155,165.91
5	16	5,139,114	321,194.63
6	23	5,962,523	259,240.13
7	9	5,055,694	561,743.78
8	7	5,523,857	789,122.43
9	7	6,752,999	964,714.14
10	7	4,593,375	656,196.43
11	10	4,400,137	440,013.70
12	18	4,914,400	273,022.22
13	141	5,586,320	39,619.29





ภาพที่ 15.9 ข้อมูลการกระจายตัวของเครื่องฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต ปี 2561 โดยสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ระบบข้อมูลและการติดตาม

ประเทศไทยยังไม่มีระบบฐานข้อมูลและการติดตามด้านโรคสะเก็ดเงิน การติดตามฐานข้อมูลโรคสะเก็ดเงิน อาจติดตามได้จากรหัสการวินิจฉัยโรค ICD-10 (ตารางที่ 15.13) แต่การเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อประเมินผู้ป่วย การเก็บข้อมูล ภาวะโรคร่วม การรักษา และภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะนั้นยังไม่สามารถทำได้

ตารางที่ 15.13 รหัส ICD-10 กลุ่มโรคสะเก็ดเงิน

ICD-10	โรค
L40.0	ผื่นหนาเฉพาะที่
L40.1	ตุ่มหนองทั่วตัว
L40.2	อะโครเดอรรมาไทติส คอนทิงูอา
L40.3	ตุ่มหนองที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า
L40.4	แบบหยดน้ำ
L40.5	ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน
L40.8	ผิวหนังลอกทั่วตัว
L40.9	ไม่ได้ระบุชนิด

ข้อมูลการส่งต่อ ในรายที่มีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางตจวิทยา หรือส่งต่อไปรักษาใกล้บ้านนั้น ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ มีเพียงรายงานเพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งไม่มีคุณภาพเพียงพอที่จะใช้ประเมินสถานการณ์โรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยได้ (ตารางที่ 15.14)

ตารางที่ 15.14 ข้อมูล refer in, refer out และ refer back ปีงบประมาณ 2559-2561

Refer	ปีงบประมาณ 2559 (ครั้ง)			ปีงบประมาณ 2560 (ครั้ง)			ปีงบประมาณ 2561 (ครั้ง)		
	ในเวลา	นอก เวลา	ทั้งหมด	ในเวลา	นอก เวลา	ทั้งหมด	ในเวลา	นอก เวลา	ทั้งหมด
refer in	4,474	10	4,484	7,719	6	7,725	7,063	1	7,064
refer out	677	70	747	1,592	173	1,765	2,339	155	2,494
refer back	278	47	325	809	238	1,047	824	145	969

ที่มา: สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อบริหารจัดการ ทั้งข้อมูลจำนวนและการกระจายของแพทย์ผิวหนัง สถานพยาบาล ที่สามารถให้การรักษายาบาลด้านการฉายแสงอัลตราไวโอเลต ได้ทำการรวบรวมโดยสถาบันโรคผิวหนัง ดังกล่าวในหัวข้อ คุณภาพการบริการ

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาวิจัย

เนื่องจากโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่เรื้อรัง และต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่อง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ข้อมูลระดับประเทศที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของ dermographic data การให้บริการการรักษาด้านรังสีวิทยา เครื่องชี้วัดภาวะโรค ค่ารักษาพยาบาลที่ครอบคลุมในระดับประเทศ ยังไม่มีการรวบรวมที่เป็นข้อมูลเดียวกัน คณะกรรมการ โรคผิวหนังระดับชาติ (center of excellence) โดยสถาบันโรคผิวหนัง ได้เล็งเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ จึงได้สนับสนุนให้มีการทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเครื่องชี้วัดภาวะโรค อีกทั้งการศึกษาวิจัยต้องได้รับความร่วมมือและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง แม่นยำ นำผลการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการด้านการรักษาและสาธารณสุข ป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากโรค เช่น ภาวะ metabolic syndrome เป็นต้น



การรักษาพยาบาลโรคสะเก็ดเงิน ผู้ป่วยสามารถมารับการบริการได้ตามสถานบริการของภาครัฐและภาคเอกชน แต่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของวิธีการที่จำเพาะ เช่น การใช้ phototherapy หรือการใช้ยาบางชนิด เช่น กรดวิตามินเอ การรวบรวมข้อมูล มีข้อจำกัดที่ทำให้ข้อมูลอาจไม่ได้เป็นข้อมูลของภาพรวมระดับประเทศ ดังนั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ควรมีแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับงานวิจัย เพื่อให้การบริการด้านสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้นี้ มีความชัดเจนมากขึ้น ดังนี้

1. งานวิจัย

1.1 ให้การสนับสนุนด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงินให้มากขึ้นในทุกด้าน รวมถึงด้านระบาดวิทยาของโรคและเครื่องชี้วัดภาวะโรค

1.2 สร้างระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน เพื่อประโยชน์ของการเก็บข้อมูลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับโรค

2. ข้อจำกัดด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค

2.1 ส่งเสริมการให้ความรู้ในด้านที่ขาดกับบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในรูปแบบของการให้คำปรึกษา การอบรมระยะสั้นหรือระยะยาว เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง

2.2 ติดตามและปรับปรุงข้อมูลการกระจายตัวของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้เห็นภาพของความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนในพื้นที่เขตสุขภาพของประเทศ เชื่อมโยงงานวิจัย

3. ระบบสารสนเทศ

3.1 สร้างระบบสารสนเทศที่มีความเชื่อมโยงของข้อมูลผู้ป่วย การรักษา และค่าใช้จ่ายให้เป็นระบบที่เห็นภาพระดับประเทศ

3.2 สร้างระบบการรายงานที่สะดวกและไม่ซับซ้อน เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

4. การทำงานเชิงรุก

4.1 สนับสนุนให้มีความต่อเนื่องของการทำงานของคณะกรรมการโรคผิวหนังระดับชาติ (COE) เพื่อต่อยอดและขยายผลของการทำงานให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด

4.2 สร้างระบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดกับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข



เอกสารอ้างอิง (References)

1. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1985; 13:450–6.
2. Bell LM, Sedlack R, Beard CM, Perry HO, Michet CJ, Kurland LT. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980– 1983. Arch Dermatol 1991;127:1184–7.
3. Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S, et al. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. Eur J Dermatol 2010; 20:593–8.
4. Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Bouadjar B, Serradj A, Titi A, Benchikhi H, et al. EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb. Dermatology 2015; 231:134–44.
5. World Health Organization. Global report on PSORIASIS . Geneva:Office of Publication WHO; 2016.
6. Wang TS, Hsieh CF, Tsai TF. Epidemiology of psoriatic disease and current treatment patterns from 2003 to 2013: A nationwide, population-based observational study in Taiwan. J Dermatol Sci 2016; 84:340-5.
7. Han JH, Lee JH, Han KD, Seo HM, Bang CH, Park YM, et al. Epidemiology and Medication Trends in Patients with Psoriasis: A Nationwide Population-based Cohort Study from Korea. Acta Derm Venereol 2018; 98:396-400.
8. อุดมศักดิ์ วงศ์ปารมี. ความชุก และอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินที่โรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 2551; 10:1-8.
9. Akaraphanth R, Kwangsukstid O, Gritiyarangsarn P, Swanpanyalert N. Psoriasis registry in public health hospital. J Med Assoc Thai 2013; 96: 960-6.
10. Farber EM, Nall ML. The natural history of 5600 patients. Dermatologica 1974; 148:1–18.
11. Andressen C, Henseler T. Inheritance of psoriasis. Analysis of 2035 family histories. Hautarzt 1982;33:214–7.
12. Jiamton S, Suthipinittharm P, Kulthanan K, Chularojanamontri L, Wongpraparut C, Silpa-archa N, et al. Clinical characteristics of Thai patients with psoriasis. J Med Assoc Thai 2012; 95: 795-801.
13. Chularojanamontri L, Kulthanan K, Suthipinittharm P, Jiamton S, Wongpraparut C, Silpa-Archa N, et al. Clinical differences between early-and late-onset psoriasis in Thai patients. Int J Dermatol 2015; 54:290-4.
14. Gaspari AA, Tying S. New and emerging biologic therapies for moderate-to-severe plaque psoriasis: mechanistic rationales and recent clinical data for IL-17 and IL-23 inhibitors. Dermatol Ther 2015; 28:179–93.
15. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. Ann Rheum Dis 2005; 64 Suppl 2: ii30–6.
16. Nestle FO, Di Meglio P, Qin JZ, Nickoloff BJ. Skin immune sentinels in health and disease. Nat Rev Immunol 2009; 9: 679–91.
17. Lowes MA, Kikuchi T, Fuentes-Duculan J, Cardinale I, Zaba LC, Haider AS, et al. Psoriasis vulgaris lesions contain discrete populations of Th1 and Th17 T cells. J Invest Dermatol 2008; 128: 1207–11.
18. The burden of psoriasis ,Psoriasis is a serious disease deserving global attention : A report by the international Federation of Psoriasis Associations [Internet] [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://www.ifpa-pso.org>.
19. Gulliver WP. Long-term Prognosis of Psoriasis. Sero Symposium International Foundation Conference on:Treating Psoriasis as Chronic Inflammatory systemic Disease; 2008 Feb 29-02 Mar; Athens, Greece. Final Program PDF: p. 22-3.



20. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from large international study. *Arthritis Rheum* 2006;54:2665-73.
21. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schainchi S, Peserico A, Giannetti A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatology Dermatol* 2007;157:68-73.
22. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Chritophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2006;298:321-8.
23. Survey indicates people with chronic moderate to severe plaque psoriasis may be under-treated. National Psoriasis Foundation. [Internet][cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://www.psoria.org/news/press/2007/20070202-survey.php>.
24. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011; 303:1-10.
25. Feldman SR, Garton R, Averett W, Balkrishnan R, Vallee J. Strategy to manage the treatment of severe psoriasis: considerations of efficacy, safety and cost. *Expert Opin Pharmacother* 2003; 33-4:1525.
26. Miller DW, Feldman SR. Cost-effectiveness of moderate-to-severe psoriasis treatment. *Expert Opin Pharmacother* 2006;67-7:157.
27. Hankin CS, Feldman SR, Szczotka A, Stinger RC, Fish L, Hankin DL. A Cost Comparison of Treatments of Moderate to Severe Psoriasis. *Drug Benefit Trends* 2005;17:200-14.
28. Küster D, Nast A, Gerdes S, Weberschock T, Wozel G, Gutknecht M, et al. Cost-effectiveness of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in the German health care setting. *Arch Dermatol Res* 2016;308:249-61.
29. Hendrix N, Ollendorf DA, Chapman RH, Loos A, Liu S, Kumar V, et al. Cost-Effectiveness of Targeted Pharmacotherapy for Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *J Manag Care Spec Pharm* 2018;24:1210-7.
30. Augustin M, McBride D, Gilloteau I, O'Neill C, Neidhardt K, Graham CN. Cost-effectiveness of secukinumab as first biologic treatment, compared with other biologics, for moderate to severe psoriasis in Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:2191-9.

