

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็ง

กิตติกร ดวงคำ*, กุสุมาลย์ ศรีภูวงษ์, พิมพ์ชนก ตันติวงษ์, ธิดา พึ่งทหาร
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

Prevalence and Risk Factors of Erectile Dysfunction in Systemic Sclerosis

Kittikorn Duangkum*, Kusuman Sriphuwong, Pimchanok Tantiwong, Thida Phungthaharn
Department of Medicine, Khon Kaen Hospital.

Received: 2 May 2021 / Accepted: 1 July 2021 / Published online: 20 August 2021

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคหนังแข็งเป็นโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันตนเองที่มีความผิดปกติหลายระบบและมีความสัมพันธ์กับโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศด้วยแบบสอบถาม The International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) ในผู้ป่วยโรคหนังแข็งที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม 2560 – 31 พฤษภาคม 2561

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคหนังแข็งเพศชาย 59 ราย ร้อยละ 93.22 มีโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่เคยพยายามมีเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 45.76 ไม่เคยพยายามมีเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ 32 รายพบว่าความชุกของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 87.5 (95% CI, 71.01-96.49) แบ่งเป็นร้อยละ 43.75 มีความรุนแรงมาก ร้อยละ 3.13 มีความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 12.5 มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 28.12 มีความรุนแรงน้อย มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่ไม่มีโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศคือโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจาย ด้วย Odds ratio 10.57 (95%CI, 1.08-103.59, p=0.043)

สรุป: ผู้ป่วยโรคหนังแข็งส่วนใหญ่เป็นโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศและไม่มีความพยายามที่จะมีเพศสัมพันธ์ โรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

คำสำคัญ: โรคหนังแข็ง; ความชุก; ปัจจัยเสี่ยง; โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

Background and Objective: Systemic sclerosis (SSc) is a systemic autoimmune disease which associate with erectile dysfunction (ED). However, there was no previous study in Thailand. This research aimed to study the prevalence and risk factors of ED in SSc patients.

Methods: A cross-sectional analytical research to explore the prevalence and risk factors of ED in SSc patients at the outpatient department of Khon Kaen Hospital during 2nd May 2017 – 31st May 2018 using the International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) questionnaire.

Results: A total of 59 male participants found that 93.22% had ED and did not attempt intercourse. A 45.76% did not attempt intercourse. In the sexually active group 32 men, the prevalence of ED was 87.5% (95% CI, 71.01-96.49) which 43.75% were severe ED, 3.13% were moderate ED, 12.5% were mild to moderate ED, 28.12% had mild ED, while only 12.5% had no ED. Risk factor of ED is diffuse cutaneous systemic sclerosis (dcSSc) with Odds ratio 10.57 (95%CI, 1.08-103.59, p=0.043).

Conclusions: The majority of male SSc patients had ED and did not attempt intercourse. The significant risk factor is dcSSc.

Keyword: Systemic sclerosis; scleroderma; prevalence; risk factor; erectile dysfunction

บทนำ

โรคหนังแข็งเป็นโรคในกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันตัวเอง (Autoimmune diseases) ที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกาย โรคหนังแข็งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ โรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งจำกัด (limited cutaneous systemic sclerosis, lcSSc) และโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจาย (diffuse cutaneous systemic sclerosis, dcSSc) ซึ่งการดำเนินโรคมักรุนแรงกว่าและมักมีพยาธิสภาพของอวัยวะภายในร่วมด้วย¹ ในต่างประเทศพบว่าโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction, ED) เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้บ่อย²⁻⁴ การศึกษาของ Foocharoen และคณะ⁵ ในอาสาสมัครโรคหนังแข็งเพศชาย 130 ราย จาก 13 ประเทศในยุโรปพบว่าผู้ป่วยโรคหนังแข็งที่มีโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงถึงร้อยละ 82.3 ซึ่งสัมพันธ์กับรอยโรคทางผิวหนัง ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ภาวะวิกฤติทางไต ภาวะความดันเลือดปอดสูงและภาวะที่ปอดขยายตัวได้น้อย

การวินิจฉัยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีหลายวิธี เช่น Nocturnal penile tumescence and rigidity (NPTR), Intracavernous injection test, Duplex ultrasound of penile arteries, Arteriography and dynamic infusion cavernosometry หรือ cavernosography แต่วิธีเหล่านี้ต้องใช้เครื่องมือและความเชี่ยวชาญจึงเป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัย^{6,7} ปัจจุบันจึงนิยมใช้แบบสอบถาม The International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) เพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยมีความไวสูงถึงร้อยละ 98 มีความจำเพาะร้อยละ 88⁸ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้คะแนน IIEF-5 < 21 ถือว่ามีโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยแบ่งตามความรุนแรงคือระดับรุนแรงมาก (Severe ED) คะแนน IIEF-5 เท่ากับ 1-7 รุนแรงปานกลาง (Moderate ED) คะแนน IIEF-5 เท่ากับ 8-11 รุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to moderate ED) คะแนน IIEF-5 เท่ากับ 12-16 และรุนแรงน้อย (Mild ED) คะแนน IIEF-5 เท่ากับ 17-21 ส่วนผู้ที่คะแนน IIEF-5 > 21 อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (No ED)⁷

ถึงแม้ในต่างประเทศพบความชุกของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งอยู่มากและเป็นปัญหาที่สำคัญ การมีโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศจะส่งผลเสียต่อทั้งร่างกาย จิตใจ หรือนำมาซึ่งปัญหาครอบครัวตามมาได้ แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งในประเทศไทยซึ่งอาจมีความแตกต่างจากการศึกษาในประเทศยุโรปและอเมริกาเพราะชนิดและลักษณะทางคลินิกของโรคหนังแข็งของผู้ป่วยชาวไทยส่วนใหญ่เป็นโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจายอีกทั้งวัฒนธรรมรวมถึงการแสดงออกทางเพศซึ่งอาจจะมีผลต่อโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การทราบถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนังแข็งน่าจะมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหนังแข็งให้ดียิ่งขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนังแข็ง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KE60059 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 2 พฤษภาคม 2560 – 31 พฤษภาคม 2561 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนังแข็งตามเกณฑ์ของ American College of Rheumatology (ACR) ปี ค.ศ. 1980⁹ หรือ ตามเกณฑ์ของ ACR/EULAR Classification Criteria for Systemic Sclerosis ปี ค.ศ. 2013¹⁰ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยชายทุกคนที่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนังแข็ง เกณฑ์การคัดออกได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหนังแข็ง ผู้ป่วยที่เป็น overlap syndrome ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือคาดว่าจะไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น ผู้ป่วยที่ไม่มีคู่มิตร

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามรูปแบบวิจัยที่ใช้ศึกษา คือ simple formula¹¹

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

n = sample size

Z = ระดับความเชื่อมั่น = 1.96

P = ความชุกของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็ง (การศึกษาของ Foocharoen และคณะพบว่าความชุกของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งร้อยละ 82.3⁵)

d = ค่าความผิดพลาดของความชุกที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

เมื่อแทนค่าในสมการแล้วต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 57 ราย

การวินิจฉัยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศใช้แบบสอบถาม IIEF-5 ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลและทดสอบความเที่ยงตรงทางภาษาแล้ว^{12,13} ร่วมกับศึกษาปัจจัยเสี่ยง เช่น ชนิดของโรคหนังแข็ง รอยโรคทางผิวหนัง ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ภาวะวิกฤติทางไต ภาวะความดันเลือดปอดสูง ภาวะปอดอักเสบ ภาวะที่ปอดขยายตัวได้น้อย อายุของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคตับแข็ง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น โดยหลังจากที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาผู้ป่วยจะได้รับแบบสอบถาม 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถาม IIEF-5 ฉบับภาษาไทยซึ่งมี 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 1. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดว่าอวัยวะเพศจะสามารถแข็งตัวได้และแข็งได้นานพอ 2. เมื่อมีการกระตุ้นทางเพศจนอวัยวะเพศแข็งตัวบ่อยครั้งแค่ไหนที่อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอจนสามารถสอดใส่ได้ 3. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ บ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านสามารถคงการแข็งตัวอยู่ได้หลังจากที่ได้มีการสอดใส่แล้ว 4. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ยากแค่ไหนที่ท่านจะคงการแข็งตัวของ

อวัยวะเพศจนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ และ 5. เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์นั้น คำถามแต่ละข้อจะมี 5 ตัวเลือก คะแนนต่ำที่สุดคือ 1 คะแนนสูงที่สุดคือ 5 และแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ ผู้ป่วยจะตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 20 นาที การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน±พิสัยควอไทล์ ในการรายงานข้อมูลพื้นฐาน ความชุกและคะแนน IIEF-5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งใช้สถิติ logistic regression model โดยวิเคราะห์ univariable logistic regression analysis หลังจากนั้นเลือกตัวแปรที่ $p < 0.2$ มาวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression นำเสนอข้อมูลด้วย Odds ratio ร่วมกับ 95% confidence intervals โดยให้ค่า $p < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 59 ราย อายุเฉลี่ย 53.34 ± 9.08 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.14 เป็นโรคหนึ่งแข็งชนิดหนึ่งแข็งกระจาย ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดโรคหนึ่งแข็ง 12 เดือน (IQR 3-60) อาสาสมัครร้อยละ 61.02 มี Functional Classification I อาสาสมัครร้อยละ 62.71 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.89 ตรวจพบ Anti-Scl 70 ร้อยละ 52.54 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ตารางที่ 1)

การศึกษาโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ พบว่าอาสาสมัครร้อยละ 93.22 มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่เคยพยายามมีเพศสัมพันธ์ โดย 27 ราย (ร้อยละ 45.76) ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่แสดงในรูปที่ 1 คนเหลืออาสาสมัครที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนทั้งสิ้น 32 ราย พบว่ามีความชุกของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งร้อยละ 87.5 (95% CI, 71.01-96.49) จำแนกตามระดับความรุนแรงได้ดังนี้ ร้อยละ 43.75 มีความรุนแรงมาก ร้อยละ 3.13 มีความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 12.5 มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 28.12 มีความรุนแรงน้อย มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ (รูปที่ 2)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Multiple logistic regression พบว่ามีเพียงโรคหนึ่งแข็งชนิดหนึ่งแข็งกระจาย เท่านั้นที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งโดยมีค่า Odds ratio 10.57 (95%CI, 1.08-103.59, $p=0.043$) ส่วน Functional Classification มีแนวโน้มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับปัจจัยอื่นๆ (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งเพศชายที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 59 ราย อายุเฉลี่ย 53.34 ± 9.08 ปี ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด

คือ 51- 60 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศมีอายุเฉลี่ย 46.5 ± 6.35 ปีซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศและผู้ป่วยที่ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ที่มีอายุเฉลี่ย 52.46 ± 8.78 และ 55.26 ± 9.35 ปีตามลำดับ ชนิดของโรคหนึ่งแข็งส่วนใหญ่ร้อยละ 88.14 เป็นโรคหนึ่งแข็งชนิดหนึ่งแข็งกระจายโดยผู้ป่วยที่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศและผู้ป่วยที่ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นโรคหนึ่งแข็งชนิดหนึ่งแข็งกระจาย ร้อยละ 92.82 และ 88.89 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศที่มีโรคหนึ่งแข็งชนิดหนึ่งแข็งกระจายเพียงร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดโรคหนึ่งแข็งของอาสาสมัครทั้งหมด 12 เดือน (IQR 3-60) โดยผู้ป่วยที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดโรคหนึ่งแข็ง 1.5 เดือน (IQR1-2) ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศและผู้ป่วยที่ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดโรคหนึ่งแข็ง 24 เดือน (IQR 3-72) และ 24 เดือน (IQR 8-48) เดือนตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญ ความแข็งของผิวหนังวัดด้วย mRSS พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศมีค่าเฉลี่ย mRSS เท่ากับ 5 ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศและผู้ป่วยที่ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ที่มีค่าเฉลี่ย mRSS เท่ากับ 12.64 ± 7.12 และ 15.38 ± 10.41 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.27 ± 0.27 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศและผู้ป่วยที่ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ที่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.70 ± 2.82 และ 20.64 ± 2.55 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้พบว่าอาสาสมัครร้อยละ 93.22 มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่เคยพยายามมีเพศสัมพันธ์ โดย 27 ราย (ร้อยละ 45.76) ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากอาสาสมัครที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนทั้งสิ้น 32 รายพบว่าความชุกของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งร้อยละ 87.5 (95% CI, 71.01-96.49) ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.75 มีความรุนแรงมาก มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่ไม่มีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ ปัจจัยเสี่ยงของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งคือโรคหนึ่งแข็งชนิดหนึ่งแข็งกระจายโดยมีค่า Odds ratio 10.57 (95%CI, 1.08-103.59, $p=0.043$)

ความชุกของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในประเทศไทยที่มีการศึกษาในประชากรทั่วไปอายุ 40-70 ปีร้อยละ 37.5¹⁴ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 19.1 มีความรุนแรงน้อย ขณะที่ร้อยละ 4.7 มีความผิดปกติอย่างรุนแรง จะเห็นได้ว่าโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในโรคหนึ่งแข็งจากการศึกษานี้มีความชุกมากกว่าประชากรทั่วไปอยู่มากและส่วนใหญ่มีความรุนแรงมากกว่า ขณะที่ความชุกของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในโรคหนึ่งแข็งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 80²⁻⁵ การศึกษาที่ใหญ่ที่สุดของ Foocharoen และคณะ⁵ ทำการศึกษาที่ยุโรป 13 ประเทศ อาสาสมัครจำนวน 130 รายพบว่าผู้ป่วยโรคหนึ่งแข็งมีโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศสูงถึงร้อยละ 82.3 โดยร้อยละ 38 มีระดับความรุนแรงมาก ซึ่งความชุกและระดับความรุนแรงของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศใกล้เคียง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

Characteristics	Total (n = 59) no (%)	No SI (n = 27) no (%)	ED (n = 28) no (%)	Non-ED (n = 4) no (%)	p-value
Age (years), mean (SD)	53.34 (9.08)	55.26 (9.35)	52.46 (8.78)	46.5 (6.35)	0.083
30-40	4 (6.78)	2 (7.41)	2 (7.14)	0	0.277
40-50	16 (27.12)	5 (18.52)	9 (32.14)	2 (50)	
50-60	22 (37.29)	8 (29.63)	12 (42.86)	2 (50)	
> 60	17 (28.81)	12 (44.44)	5 (17.86)	0	
SSc subtype					
lcSSc ^a	7 (11.86)	3 (11.11)	2 (7.14)	2 (50)	0.046*
dcSSc ^b	52 (88.14)	24 (88.89)	26 (92.82)	2 (50)	
Duration of disease (Months), median (IQR)	12 (3-60)	24 (8-48)	24 (3-72)	1.5 (1-2)	0.026*
Early SSc ^c	38 (64.41)	17 (62.96)	17 (60.71)	4 (100)	0.301
Late SSc ^d	21 (35.59)	10 (37.04)	11 (39.29)	0	
mRSS score, mean (SD)	13.52 (8.78)	15.38 (10.41)	12.64 (7.12)	5 (0)	0.003*
Extensive mRSS ^e	21 (35.59)	11 (40.74)	8 (28.57)	2 (50)	0.723
BMI (kg/m ²), mean (SD)	20.30 (2.67)	20.64 (2.55)	19.70 (2.82)	22.27 (0.27)	0.018*
Manifestations of SSc					
Hand deformity	15 (25.42)	5 (18.52)	10 (35.71)	0	0.165
Digital ulcer	19 (32.20)	10 (37.04)	7 (25)	2 (50)	0.464
Telangiectasia	13 (22.03)	2 (7.41)	11 (39.29)	0	0.009*
Raynaud phenomenon	57 (96.61)	27 (100)	26 (92.86)	4 (100)	0.318
Arthritis	7 (11.86)	2 (7.41)	5 (17.86)	0	0.365
Pulmonary hypertension	4 (6.78)	1 (3.70)	1 (3.57)	2 (50)	0.002*
Interstitial lung disease	14 (23.73)	9 (33.33)	5 (17.86)	0	0.475
Anti-Scl 70	32 (88.89)	13 (48.15)	15 (53.57)	4 (100)	0.747
Anti-RNP/sm	3 (5.08)	0	2 (7.14)	2 (50)	0.018*
Occupation					0.347
No	10 (16.95)	7 (25.93)	3 (10.71)	0	
Farmers	31 (52.54)	14 (51.85)	15 (53.57)	2 (50)	
Employee	11 (18.64)	4 (14.81)	5 (17.86)	2 (50)	
Other	7 (11.86)	2 (7.41)	5 (17.86)	0	

SSc, systemic sclerosis; lcSSc, limited cutaneous systemic sclerosis; dcSSc, diffuse cutaneous systemic sclerosis; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; mRSS, modified Rodnan skin score; BMI, body mass index; anti-Scl70, anti-topoisomerase I; FC, New York Heart Association Functional Classification; PY, pack-year; SI, sexual intercourse; ED, erectile dysfunction.

^alcSSc หมายถึงหนังแข็งไม่เกินศอก เข่า และไม่แข็งบริเวณลำตัว

^bdcSSc หมายถึงหนังแข็งเกินศอก เข่า หรือแข็งบริเวณลำตัว

^cSSc ที่มีอาการน้อยกว่า 3 ปี

^dSSc ที่มีอาการตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

^emRSS ตั้งแต่ 21 ขึ้นไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

Characteristics	Total (n = 59) no (%)	No SI (n = 27) no (%)	ED (n = 28) no (%)	Non-ED (n = 4) no (%)	p-value
FC					0.012*
I	36 (61.02)	10 (37.04)	22 (78.57)	4 (100)	
II	19 (32.2)	13 (48.15)	6 (21.43)	0	
III	4 (6.78)	4 (14.81)	0	0	
Smoking	37 (62.71)	13 (48.15)	20 (71.43)	4 (100)	0.057
No smoking	22 (37.29)	14 (51.85)	8 (28.57)	0	
< 10 PY	13 (22.03)	9 (33.33)	2 (7.14)	2 (50)	
10-20 PY	10 (16.95)	1 (3.70)	7 (25)	2 (50)	
>20 PY	14 (23.73)	3 (11.11)	11 (39.29)	0	
Alcohol drinking	6 (10.17)	1 (3.70)	5 (17.86)	0	0.242

SSc, systemic sclerosis; lcSSc, limited cutaneous systemic sclerosis; dcSSc, diffuse cutaneous systemic sclerosis; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; mRSS, modified Rodnan skin score; BMI, body mass index; anti-Scl70, anti-topoisomerase I; FC, New York Heart Association Functional Classification; PY, pack-year; SI, sexual intercourse; ED, erectile dysfunction.

^alcSSc หมายถึงหนังแข็งไม่เกินศอก เข่า และไม่แข็งบริเวณลำตัว

^bdcSSc หมายถึงหนังแข็งเกินศอก เข่า หรือแข็งบริเวณลำตัว

^cSSc ที่มีอาการน้อยกว่า 3 ปี

^dSSc ที่มีอาการตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

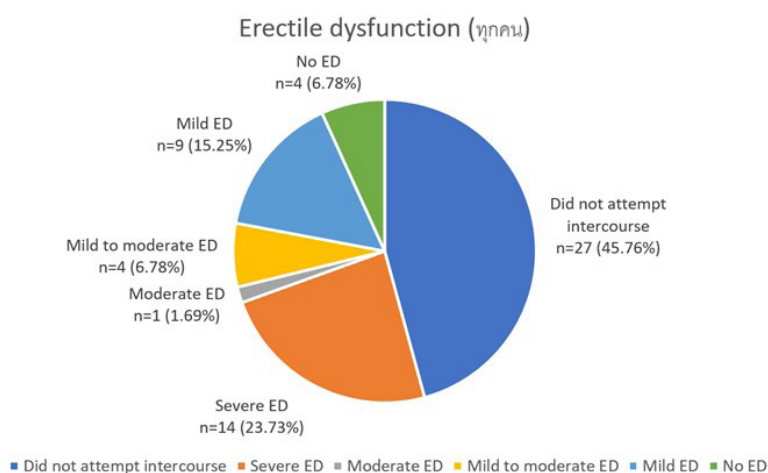
^emRSS ตั้งแต่ 21 ขึ้นไป

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนังแข็ง

	Univariate analysis			Multivariate analysis		
	Crude OR	95%CI	p-value	Adjusted OR	95%CI	p-value
dcSSc	10	1.15- 87.13	0.037*	10.57	1.08-103.59	0.043*
FC	5.64	0.46- 68.54	0.175	7.26	0.42-126.15	0.174
Pulmonary artery hypertension ^a	0.04	0.01-0.88	0.008*	0.02	0.01-6.03	0.182
Hct	0.58	0.33-0.99	0.047*	0.69	0.43-1.12	0.135
antiRNP/sm	0.07	0.01-0.75	0.029*	0.66	0.01-132.00	0.879

dcSSc, diffuse cutaneous systemic sclerosis; FC, New York Heart Association Functional Classification; Hct, hematocrit.

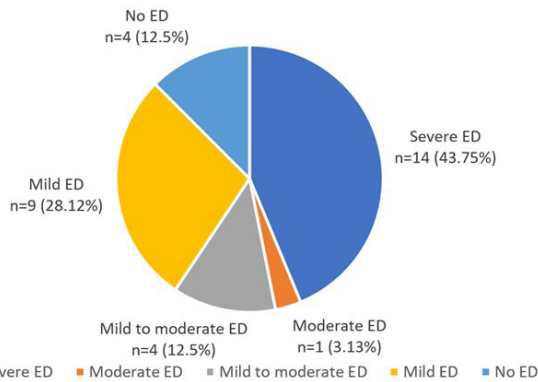
^aวินิจฉัยโดยมีค่า right ventricular systolic pressure (RVSP) >45 mmHg หรือ tricuspid regurgitation velocity (TRV) > 3.4 m/s หรือ Right heart catheterization of mean PAP ≥25 mmHg และ PCW ≤15 mmHg



รูปที่ 1 ความชุกโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็ง

ED, erectile dysfunction

Erectile dysfunction
(เฉพาะคนที่มีเพศสัมพันธ์)



ED, erectile dysfunction

รูปที่ 2 ความชุกโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็ง เฉพาะคนที่มีเพศสัมพันธ์

กับการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคหนังแข็งชาวไทยไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์มากกว่าการศึกษาจากต่างประเทศโดยร้อยละ 45.76 ของผู้ป่วยชาวไทยและร้อยละ 1.5 ของผู้ป่วยหนังแข็งในยุโรป ไม่พยายามมีเพศสัมพันธ์⁵ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศคือรอยโรคทางผิวหนัง ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ภาวะวิกฤติทางไต ภาวะความดันเลือดปอดสูง และภาวะที่ปอดขยายตัวได้น้อย⁵ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่าเพียงโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจายเท่านั้นที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนังแข็ง การศึกษาสาเหตุของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหนังแข็งพบว่าสัมพันธ์กับความผิดปกติของหลอดเลือด (vasculopathy) และการเกิดพังผืด (fibrosis) โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศ¹⁵⁻¹⁷ ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของโรคหนังแข็ง โดยที่ความผิดปกติของหลอดเลือดไม่ได้เป็นลักษณะของ atherosclerotic macroangiopathy^{18,19} ขณะที่การศึกษาไม่พบว่ามีความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น testosterone, prolactin, estradiol และ thyroid hormones^{3,19,20}

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งชาวไทย ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหนังแข็งส่วนใหญ่เป็นโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศซึ่งมักจะเป็นระดับรุนแรงหรือไม่มีความพยายามที่จะมีเพศสัมพันธ์ ทางคณะผู้วิจัยเห็นว่าโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งถือเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหนังแข็งตลอดจนคู่สมรสจะต้องตระหนักเห็นความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยและหาทางรักษาให้ผู้ป่วยเพราะหากปล่อยไว้อาจกลายเป็นความทุกข์ทางจิตใจ ลดคุณภาพชีวิตและเป็นปัญหาครอบครัวของผู้ป่วยโรคหนังแข็งได้ อีกทั้งวัฒนธรรมไทยอาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าบอกเรื่องทางเพศแก่ทั้งสมาชิกในครอบครัวและแพทย์ที่ทำการดูแลรักษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ จำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยมีจำนวนน้อยจึงทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยงของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ อีกทั้งไม่ได้ส่ง

ตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่าง เช่น ฮอร์โมนเพศชาย การวัดปริมาณเลือดของอวัยวะเพศ ในอนาคตหากจะมีการศึกษาโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหนังแข็งอาจจะมีการเพิ่มจำนวนอาสาสมัคร ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมด้วย

สรุป

ผู้ป่วยโรคหนังแข็งเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศและไม่มีความพยายามที่จะมีเพศสัมพันธ์ โรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.พญ.ชิงชิง พุเจริญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆที่มีประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ อาจารย์ ดร.อุทุมพร ปณิธานะรักษ์ อาจารย์ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, Jablonska S, Krieg T, Medsger TA, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol* 1988; 15(2): 202–205.
2. Lally EV, Jimenez SA. Impotence in progressively systemic sclerosis. *Ann Intern Med* 1981; 95(2): 150–153.
3. Nowlin NS, Brick JE, Weaver DJ, Wilson DA, Judd HL, Lu JKH, et al. Impotence in Scleroderma. *Ann Intern Med* 1986; 104(6): 794–798.
4. Hong P, Pope JE, Ouimet JM, Rullan E, Seibold JR. Erectile dysfunction associated with scleroderma: a case-control study of men with scleroderma and rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology* 2004; 31(3): 508–513.
5. Foocharoen C, Tyndall A, Hachulla E, Rosato E, Allanore Y, Farge-Bancel D, et al. Erectile dysfunction is frequent in systemic sclerosis and associated with severe disease: a study of the EULAR Scleroderma Trial and Research group. *Arthritis Res Ther* 2012; 14(1): R37.
6. Herrick A. Diagnosis and management of scleroderma peripheral vascular disease. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34(1): 89–114; vii.
7. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6): 822–830.

8. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11(6): 319–326.
9. Masi AT. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis & Rheumatism* 1980; 23(5): 581–590.
10. van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2013; 72(11): 1747–1755.
11. Enderlein G. Daniel, Wayne W. *Biostatistics — A Foundations for Analysis in the Health Sciences*. Wiley & Sons, New York—Chichester—Brisbane—Toronto—Singapore, 6th ed. 1995, 780 S., £58.—, ISBN 0–471–58852-0 (cloth). *Biometrical Journal* 1995; 37(6): 744–744.
12. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res* 2002; 14(4): 226–244.
13. Sangkum P, Sukying C, Viseshsindh W, Kochakarn W, Patcharatrakul S, Khongcharoensombat W. Validation and Reliability of a Thai Version of the International Index of Erectile Dysfunction (IIEF) for Thai Population. *J Med Assoc Thai* 2017; 100: S73.
14. Kongkanand A. An epidemiological study of erectile dysfunction in Thailand (Part 1: Prevalence). Thai Erectile Dysfunction Epidemiologic Study Group (TEDES). *J Med Assoc Thai* 2000; 83(8): 872–879.
15. Impens AJ, Seibold JR. Vascular alterations and sexual function in systemic sclerosis. *Int J Rheumatol* 2010; 2010: 139020.
16. Ostojic P, Damjanov N. The impact of depression, microvasculopathy, and fibrosis on development of erectile dysfunction in men with systemic sclerosis. *Clin Rheumatol* 2007; 26(10): 1671–1674.
17. Nehra A, Hall SJ, Basile G, Bertero EB, Moreland R, Toselli P, et al. Systemic sclerosis and impotence: a clinicopathological correlation. *J Urol* 1995; 153(4): 1140–1146.
18. Aversa A, Proietti M, Bruzziches R, Salsano F, Spera G. The penile vasculature in systemic sclerosis: A duplex ultrasound study. *J Sex Med* 2006; 3(3): 554–558.
19. Lally EV, Jimenez SA. Erectile failure in systemic sclerosis. *N Engl J Med* 1990; 322(19): 1398–1399.
20. Hong P, Pope JE, Ouimet JM, Rullan E, Seibold JR. Erectile dysfunction associated with scleroderma: a case-control study of men with scleroderma and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004; 31(3): 508–513.