

รายงานผู้ป่วยองคชาติหักและทบทวนวรรณกรรม

Penile Fracture : A Case Report and Review Literatures

Phairot Chuenganut, M.D.*

ไพโรจน์ จีงอนุวัตร พ.บ.*

ABSTRACT

Penile fracture is an uncommon urological emergency, especially in Thailand. The diagnosis of penile fracture describes the traumatic rupture of tunica albuginea of an erect penis. Majority of cases can be diagnosed from the history and physical examination alone. Improper management leading to many unexpected complications. The value of diagnostic and investigations are doubtful and treatment options are controversial.

The author reviewed the literatures of penile fracture and reported a case of 31 years old man who presented with acute penile pain with snapping sound and rapid detumescence after snapping his penis to achieve detumescence.

Immediate surgical exploration and corporal repair were done. The optimal voiding function, erection function and cosmetic result are achieved in this case.

บทคัดย่อ

องคชาติหัก (Penile Fracture) เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ซึ่งพบไม่บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย องคชาติหักเกิดจากการฉีกขาดของชั้น Tunica albuginea ของ Corpus cavernosum ในขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว การวินิจฉัยส่วนใหญ่ สามารถทำได้โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกายเท่านั้น การวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย เนื่องจากการรายงานผู้ป่วยมีไม่มากทำให้การวินิจฉัยและการรักษายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

บทความนี้ได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองคชาติหัก และนำเสนอรายงาน ผู้ป่วย ชาย อายุ 31 ปี จับอวัยวะเพศตกลงขณะที่แข็งตัว เพื่อใส่ลงในกางเกง แล้วเกิดเสียง snapping sound หลังจากนั้นอวัยวะเพศอ่อนตัวลงอย่างรวดเร็ว ร่วมกับมีอาการบวมและปวดที่อวัยวะเพศมาก ได้รับการวินิจฉัยองคชาติหัก และได้รับการรักษาโดย Immediate Surgical exploration and corporal repair ผลการติดตามการรักษาหลังผ่าตัด พบว่า Erection Function Voiding Function และ Cosmetic Result ดี

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์
Urologist Department of Surgery Buriram Hospital

บทนำ

องคชาติหัก (Penile Fracture) เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะซึ่งพบไม่บ่อยในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบรายงานจากประเทศไทยเพียงฉบับเดียวโดย ศ.นพ.วชิร คชการ และคณะ รวบรวมข้อมูล 25 ปี มีผู้ป่วย 12 รายเท่านั้น¹ Penile Fracture เกิดจากการฉีกขาดของชั้น Tunica albuginea ของ Corpus cavernosum ในขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว²⁻⁶ การวินิจฉัยส่วนมากสามารถกระทำได้โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายเท่านั้น⁷⁻¹⁰ การรักษาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ การปวดอย่างรุนแรง (Severe pain) ติดเชื้อบริเวณบาดแผล (Infection) ผิวหนังตาย (Skin necrosis) การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction) อวัยวะเพศแข็งตัวนานผิดปกติ (Priapism) เกิดก้อนแข็งที่อวัยวะเพศ (Fibrotic plaque) ท่อปัสสาวะตีบ (Stricture urethra) การเชื่อมต่อของผิวหนังกับท่อปัสสาวะ (Urethrocutaneous fistula) การเกิดกระเปาะในท่อปัสสาวะ (Urethral diverticulum) เป็นต้น¹¹⁻¹³ เนื่องจากการรายงาน

ผู้ป่วยมีไม่มากทำให้การวินิจฉัยและการรักษายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน²

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม และ นำเสนอผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัย Penile fracture และรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัดเป็นเวลา 3 เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

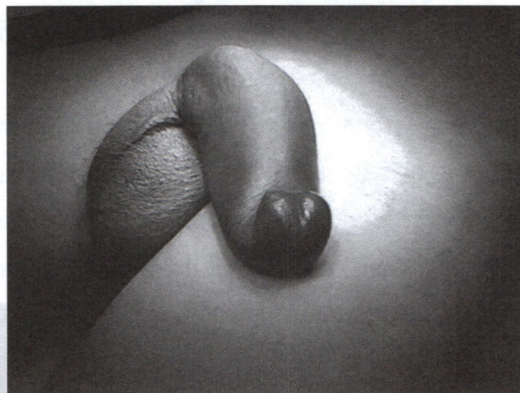
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 31 ปี อาชีพทำนา ภูมิลำเนาอำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

อาการสำคัญ ปวดที่อวัยวะเพศมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง

อาการปัจจุบัน ขณะตื่นนอน ได้กดอวัยวะเพศที่แข็งตัวเพื่อใส่ในกางเกง ได้ยินเสียงดังป๊อก แล้วมีอาการปวดที่โคนอวัยวะเพศ หลังจากนั้นไม่นานอวัยวะเพศก็อ่อนตัวลง ผู้ป่วยสังเกตว่าอวัยวะเพศบวม และปวดมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ 1 ครั้ง ไม่มีเลือดปน

ตรวจร่างกาย BP 130/90 PR 80/min RR 20/min BT 37°C



ภาพที่ 1

จากการตรวจร่างกายพบว่า อวัยวะเพศบวม (Penile swelling) มีรอยช้ำที่อวัยวะเพศ (Genital ecchymosis) ไม่มีการผิดรูปของอวัยวะเพศ (No deformity) ไม่มีเลือดออกทางท่อปัสสาวะ (No bleeding per meatus) ดังภาพที่ 1

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hemoglobin 14.7 g/dL Hematocrit 45%

WBC : 10,000 cell/uL Platelet : 175,000/uL

UA : yellow clear

Sp.gr. 1.023

Albumin negative

Sugar negative

RBC 0 cell/HPF

WBC 0 cell/HPF

Epithelial 0-1 cell/HPF

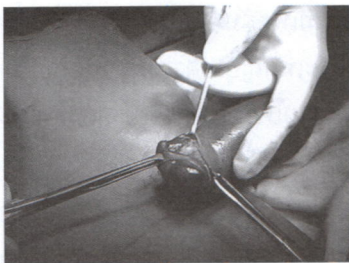
BUN : 15 mg/dl

Cr : 0.8 mg/dl

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด โดยการให้ยา ระวังความรู้สึกแบบ General Anesthesia การ ผ่าตัดลงแผลแบบ Circumferential subcoronal degloving incision และทำการ evacuate blood clot ซึ่งพบรอยฉีกขาดในตำแหน่ง Proximal shaft of penis ด้านขวา ยาวประมาณ 2 เซนติเมตร

ผู้ป่วยได้รับการใส่ Catheter 16 Fr ได้ ปัสสาวะสีเหลืองใส และได้รับการ Repair corpus

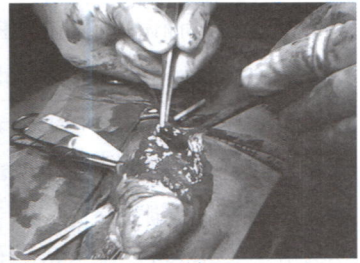
cavernosum ด้วย Dexon No.4/0 หลังจากนั้น ได้ทำ Tourniquet โดยใช้ Penrose drain รัดที่ ไคนอวัยวะเพศ แล้วทำ Artificial erection ด้วย Normal saline ไม่พบว่ามี leakage และไม่พบ Penile curvature จึงปลด Tourniquet ที่ไคน อวัยวะเพศแล้วทำการห้ามเลือด ตัดผิวหนังส่วน เกินและเย็บปิดแผลด้วย Chomic catgut No.2/0 ดังภาพที่ 2-9



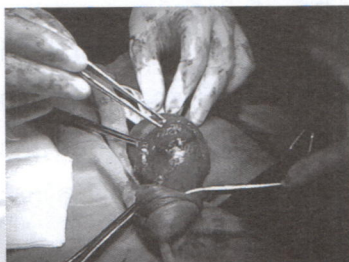
ภาพที่ 2



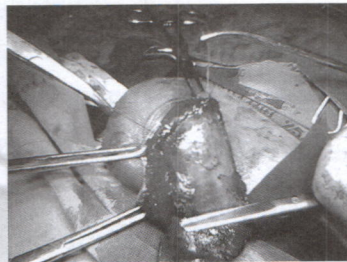
ภาพที่ 3



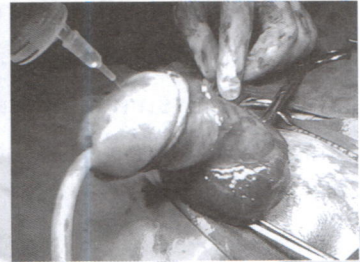
ภาพที่ 4



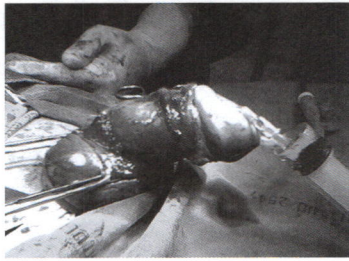
ภาพที่ 5



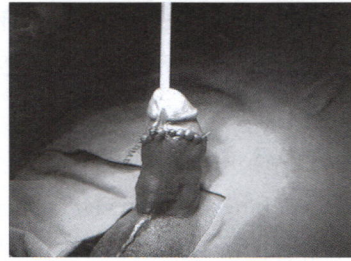
ภาพที่ 6



ภาพที่ 7



ภาพที่ 8



ภาพที่ 9

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ต่อ ครบ 2 วัน ไม่มีไข้ ถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ ไม่ปวดแผล จึงให้กลับบ้านและได้ยาปฏิชีวนะ ชนิดรับประทาน ofloxacin (100 mg) 2 เม็ด เข้า-เย็น ต่ออีก 7 วัน

นัดตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ และ 3 เดือนหลังผ่าตัด พบว่าแผลผ่าตัดปกติ ไม่มีการติดเชื้อ อวัยวะเพศไม่ปวด ไม่บวม และผู้ป่วยมี Erection ได้ตรงตามปกติ ไม่มีการงอผิดรูป ไม่มีก้อนแข็งผิดปกติ (Plaque) และปัสสาวะได้ปกติ

วิจารณ์

องคชาติหัก (Penile Fracture) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบปัสสาวะที่พบไม่บ่อยในประเทศไทย Mallis J และคณะได้รายงานครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1924¹⁴ ปัจจุบันยังไม่ทราบอุบัติการณ์ที่แน่ชัด^{4,6} อย่างไรก็ตาม Gregory S Jack และคณะได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าเคยมีรายงาน ผู้ป่วยองคชาติหักที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร มากกว่า 1,600 รายในโลกนี้⁷ ซึ่งมากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย พบในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนและมุสลิม¹⁵ โดย El Atat R และคณะ ได้นำเสนอรายงานผู้ป่วยที่รวบรวมไว้มากที่สุด 300 ราย เป็นการเก็บรวบรวมผู้ป่วยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 ถึง ค.ศ. 2005⁸ Tunica albuginea เป็นหนึ่งใน

Fascia ที่มีความแข็งแรงที่สุดของร่างกายมนุษย์³ เหตุผลที่ทำให้เกิดองคชาติหักได้คือ ในขณะที่อวัยวะเพศอ่อนตัว ชั้น Tunica albuginea ของ Corpus cavernosum จะมีความหนาประมาณ 2.4 มิลลิเมตร ในขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว ชั้น Tunica albuginea จะบางเหลือเพียง 0.25 มิลลิเมตร และจะมีแรงดันมากกว่า 1,500 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับความยืดหยุ่น (elasticity) ลดลง หากมีแรงมากกระทำอาจทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย^{12,16,17}

สาเหตุการเกิดองคชาติหัก ในแต่ละภูมิภาคมีสาเหตุแตกต่างกัน จากรายงานพบว่า

- ประเทศมุสลิม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสำเร็จความใคร่ (Masturbation)¹⁵
- ในสหรัฐอเมริกา สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก อุบัติเหตุขณะมีเพศสัมพันธ์¹⁸
- ในประเทศญี่ปุ่น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสำเร็จความใคร่ (Masturbation) และการกลิ้งบนเตียงขณะอวัยวะเพศแข็งตัว¹⁹
- ในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียน พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการนวดและหักอวัยวะเพศที่แข็งตัว เพื่อให้อ่อนตัวลง²⁰

ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่เคยมีรายงาน ได้แก่ การตกเขาขณะอวัยวะเพศแข็งตัว การถูกอุ้งกัดขณะอวัยวะเพศแข็งตัว การสำเร็จความใคร่โดยใช้อุปกรณ์ผสมหล้า และอิฐหล่นทับขณะอวัยวะเพศแข็งตัว เป็นต้น^{18,20}

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยของคชาตหักส่วนมากอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายก็เพียงพอ^{5,6,21} ผู้ป่วยมักมีประวัติ Blunt trauma ขณะอวัยวะเพศแข็งตัวและมักได้ยินเสียง “Snapping sound” หรือ “Popping sound” หลังจากนั้นอวัยวะเพศจะอ่อนตัวอย่างรวดเร็ว (Rapid detumescence)^{3-5,7,22} อาจพบร่วมกับมีอาการปวดบวม เขียวช้ำบริเวณอวัยวะเพศ และอาจมีการอ่อนตัวของอวัยวะเพศไปทางตรงกันข้ามกับตำแหน่งที่มีการหักเรียกว่า “eggplant deformity” หรือ “aubergine sign”²²⁻²⁵ การตรวจอวัยวะเพศโดยการคลำพบว่าในผู้ป่วยบางรายอาจคลำพบก้อนเลือด ในปี ค.ศ. 1985 Naraynsingh V และ Raju GC ได้ให้นิยาม “rolling sign” ว่าเป็น firm, Immobile hematoma ที่สามารถคลำได้ที่ penile skin²⁶

การเกิด Urethral injury อาจพบร่วมกับ Penile fracture ประมาณร้อยละ 0-38 ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุ^{2,7,20} โดยมักพบว่าผู้ป่วยในประเทศมุสลิมและประเทศทางตะวันออกซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการสำเร็จความใคร่ ความรุนแรงมักจะน้อยกว่า จึงมักพบการเกิด Urethral injury ร่วมด้วยน้อย(ร้อยละ 0-3)^{19,20} ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศทางตะวันตกจะพบรายงาน การเกิด Fracture penis ร่วมกับ Urethral injury มากกว่า (ร้อยละ 20-38)² เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมักมีความรุนแรงมากกว่า Gregory S Jack และคณะ แนะนำว่าผู้ป่วยของคชาตหักที่ตรวจพบ microscopic hematuria บ่งชี้ว่ามี urethral injury ร่วมด้วย หากผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเป็นเลือด หรือมี bleeding per meatus แนะนำให้ทำ Retrograde Urethrogram⁷

สำหรับในผู้ป่วยรายนี้ มีสาเหตุจากการหักอวัยวะเพศ เพื่อให้อ่อนตัวลง ความรุนแรงจึงไม่มาก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบความผิดปกติ และไม่มี Urethral injury ร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็ว มีประวัติค่อนข้างชัดเจน คือมีเสียงดังขณะหัก ร่วมกับมีอาการปวด และอ่อนตัวของอวัยวะเพศอย่างรวดเร็ว การตรวจร่างกายพบว่าอวัยวะเพศบวมชัดชัดเจนการวินิจฉัยจึงค่อนข้างง่าย ไม่จำเป็นต้องใช้การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางรายที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุฉับพลัน หรือการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน อาจมีการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่

- Ultrasound นับเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก Noninvasive สามารถตรวจหาก้อนเลือด (Hematoma) ได้ อาจพบ disrupts albuginean tunica ซึ่งสามารถช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้

อย่างไรก็ดี Ultrasound อาจมีข้อจำกัดกรณีรอยฉีกขาดมีขนาดเล็ก หรือผู้ตรวจขาดประสบการณ์ ไม่มีความชำนาญ อาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้⁴ บางรายหากอวัยวะเพศบวมมากการตรวจหารอยฉีกขาดอาจทำได้ยาก

- ส่วน Cavernosography นั้น เป็นการฉีด Contrast dye เข้าที่ Corpora แล้วเอกซเรย์เพื่อหา filling defects และ extravasation อาจทำได้ทั้งที่ห้องเอกซเรย์หรือในห้องผ่าตัดก็ได้วิธีนี้บางท่านแนะนำให้ทำในผู้ป่วยที่สงสัย Penile fracture ทุกราย^{27,28} แต่การทำ Cavernosography ก็มีข้อจำกัด คือ เสียเวลา ผู้ทำต้องมีความชำนาญ ต้องอยู่ในสถานที่ที่มีเครื่องมือพร้อม อาจมี false negative และยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ เช่น การแพ้ contrast การเกิด cavernosal fibrosis การติดเชื้อ (Infection) และอวัยวะเพศ

แข็งตัวนานผิดปกติ (Priapism)⁴ ได้

- ในปัจจุบัน Magnetic resonance imaging (MRI) นับว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถวินิจฉัย Penile fracture ได้แม่นยำที่สุด²⁹ แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องเสียเวลา ราคาแพง และบางสถาบันอาจยังไม่มีเครื่องมือนี้

Feki W และคณะ ได้รายงาน False penile fracture จำนวน 16 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกจาก nonspecific dartos และ การฉีกขาดของ superficial dorsal vein และแนะนำให้ทำ Surgical exploration ในรายที่การวินิจฉัยไม่ชัดเจน ถึงแม้การผ่าตัดจะไม่พบว่ามี การฉีกขาดของ Corpus cavernosum ก็ตาม³⁰ Lorenzo Romero JG และคณะยังรายงานว่า ผู้ป่วยที่เป็น False penile fracture มักจะไม่ได้ยินเสียงดังขณะหัก และมักไม่มี Penian deviation³¹

จากรายงาน ตำแหน่งที่มักมีการฉีกขาดของ tunica albuginea ส่วนมากเกิด ข้างขวา มากกว่าข้างซ้าย^{3,4} มักเป็นการฉีกขาดข้างเดียว (Unilateral) โดยแนวของการฉีกขาดมักเกิดใน แนวขวางกับแกนของอวัยวะเพศ (Transverse)^{32,33} ตำแหน่งที่พบมีการหักมักเกิดที่ส่วนโคนของอวัยวะเพศ (Proximal shaft of penis)^{19,23}

การรักษา

สามารถแบ่งง่ายๆ ได้ 2 วิธี ได้แก่

1. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการเปิดแผลเพื่อนำก้อนเลือดที่คั่งออก (Evacuate blood clot) ตรวจหาตำแหน่งที่มีการฉีกขาดของ Tunica albuginea การตัดแต่งเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหายออก (Debridement) การเย็บซ่อมแซม Tunica albuginea และการห้ามเลือดจากเส้นเลือดบริเวณข้างเคียงที่มีการฉีกขาดร่วมด้วย

Fetter TR และคณะ ได้รายงานวิธีผ่าตัดครั้งแรกในปี ค.ศ. 1935² จากรายงานแพทย์ส่วนใหญ่แนะนำให้รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เพราะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้มาก การลงแผลผ่าตัดเท่าที่มีรายงานมีหลายวิธีได้แก่

Subcoronal degloving (Circumcising) incision เป็นการลงแผลห่างจาก Coronal sulcus ประมาณ 1 เซนติเมตร คล้ายการทำ Circumcision ข้อดีคือ สามารถตรวจหาบาดแผลที่เกิดใน Corpus carvenosum และ Corpus spongiosum ได้³³ ข้อด้อยของวิธีนี้คืออาจเกิดการบวม Lymphoedema) หรือผิวหนังตาย (Skin necrosis) หรือเกิดหนอง (Abscecc) ได้³⁴

Longitudinal incision บริเวณที่สงสัยว่ามีการฉีกขาด ข้อดีคือแผลเล็ก แต่ข้อด้อยคืออาจตรวจไม่พบการฉีกขาดบริเวณอื่นๆ³⁵

Inguinoscrotal incision อาจเลือกใช้ในรายที่อวัยวะเพศบวมมากๆ และผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศมีโอกาสตายสูง วิธีนี้ช่วยลดภาวะ Lymphoedema ได้ดี แต่มีข้อด้อยคือแผลไม่สวย (Ugly scar) การเย็บซ่อม Urethra ยาก³⁶

High scrotal midline raphae incision วิธีนี้ Su LM และคณะ ใช้เพื่อลดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง พบว่าแผลสวย³⁷ แต่อาจมีข้อจำกัดในเรื่อง exposure

นอกจากนี้ กรณีที่ต้องทำผ่าตัดเกี่ยวกับเส้นเลือด (Vascular surgery) ร่วมด้วย การใช้ Suprapubic incision ก็ช่วยให้ exposure ดี³⁸ กรณีที่มีการฉีกขาดบริเวณโคนอวัยวะเพศ Pruthi RS เคยรายงานการผ่าตัดโดย Perineal approach³⁹

การเย็บซ่อม Tunica albugina นั้น Karadeniz T และคณะ แนะนำให้เย็บตามแนวยาว (Longitudinal) ขนานกับแกนของอวัยวะเพศ²⁶ วัสดุที่ใช้เย็บ อาจใช้ได้ทั้งไหมชนิดละลาย (Absorb-

able Suture) ซึ่งมีข้อดีคือ ไม่เกิดปมในระยะยาว อย่างไรก็ตามก็ตีหากใช้ไหมชนิดไม่ละลาย (Non Absorbable Suture) ควรเย็บฝังปมไว้ด้านใน (Inverted knots)²⁰ โดยอาจเลือกใช้ในกรณีที่เกิดการหักซ้ำ (Recurrent penile fracture) เทคนิคการเย็บ จะใช้ Running หรือ Interrupted suture ก็ได้^{40,41} จากรายงานส่วนใหญ่พบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการรักษาแบบประคับประคอง²⁶

2. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ประกอบด้วย การประคบเย็น (Cold compress) ยาต้านการอักเสบ (Anti-inflammation) ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent) ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) นอกจากนี้ยังอาจใช้ยาต้านฮอร์โมนเพศชาย (Anti-androgen) และยานอนหลับ (Sedatives) เพื่อป้องกันการแข็งตัวของอวัยวะเพศ²⁴

วิธีนี้มักใช้กรณี มีประวัติสงสัย ว่าหักแต่ตรวจไม่พบการฉีกขาด หรือมีการฉีกขาดขนาดเล็กๆ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ผลการรักษาด้วยวิธีนี้ พบภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 29¹⁸

นอกจากนี้ Taha Abdel Nasser และ Taymour Mostafa ได้รายงานวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีการหักนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยให้การรักษาแบบประคับประคอง ประมาณ 7-12 วัน แล้วค่อยผ่าตัด โดยการฉีดยาเฉพาะที่พบว่าได้ผลดี⁴²

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็ว การเลือกแผลผ่าตัด ใช้วิธี Subcoronal degloving incision เพราะสภาพ ผิวหนังเป็นปกติ อีกทั้งสามารถตรวจหาตำแหน่งที่อาจเกิดการฉีกขาด บริเวณข้างเคียงได้ง่าย ส่วนการเย็บซ่อมเลือกใช้ไหมชนิดไม่ละลายและเย็บแบบ Running เพราะรอย

ฉีกขาดมีขนาดไม่ใหญ่มาก มีการทำ artificial erection เพื่อตรวจว่ามีรอยรั่วบริเวณที่ทำการเย็บหรือไม่ ตรวจหารอยฉีกขาดบริเวณอื่นๆ และตรวจสอบว่า อวัยวะเพศมีการโค้งงอหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เนื่องจากหลังผ่าตัดต้อง Pressure dressing และให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหว ยาปฏิชีวนะใช้ Broad spectrum antibiotic การติดตามการรักษาหลังผ่าตัด พบว่าบาดแผลไม่มีการติดเชื้อหลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เป็นปกติ อวัยวะเพศมีการแข็งตัวเป็นปกติ ไม่มีการโค้งงอ โดยติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัดเป็นเวลา 3 เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

การป้องกันการเกิดองคชาตหักนั้น ควรต้องให้ผู้ป่วยระวังโดยหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์อย่างรุนแรง การมีเพศสัมพันธ์ในท่าที่ฝืนกายวิภาค หรือการสำเร็จความใคร่อย่างรุนแรง²

สรุป

องคชาตหัก (Penile fracture) เป็นภาวะฉุกเฉินของระบบปัสสาวะ ที่พบไม่บ่อยนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย การวินิจฉัยส่วนใหญ่ สามารถทำได้โดยการ ชักประวัติและตรวจร่างกายเท่านั้น การรักษาที่ไม่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย ดังนั้นการตรวจวินิจฉัย ให้ถูกต้องและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Immediate surgical exploration with corporal repair เป็นวิธีการรักษาช่วยให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในแง่ความสวยงาม Erection function และ Voiding function

บรรณานุกรม

1. Kochakarn W, Viseshsindh V, Muangmun V. Penile fracture:long-term outcome of treatment. J Med Assoc Thai 2002; 85(2): 179-82.
2. Eke N. Fracture of the penis. Br J Surg 2002; 89(5): 555-65.
3. Klemen Jagodic, Marko Erklavec, Igor Bizjak, Sandi Poteko, Helena Korosec Jagodi. A case of penile fracture with complete urethral disruption during sexual intercourse : a case report. J Med Case Reports 2007; 1: 14.
4. Martinez RJ, Pastor Navarro H, Carrion Lopez P, Gimenez Bachs JM, Donate MM, Virseda Rodriguez JA. Fracture of the penis: a case series. Actas Urol Esp 2008; 32(6): 599-602.
5. Pandyan GV, Zaharani AB, Al Rashid M. Fracture Penis:An Analysis of 26 cases. Scientific World Journal 2006; 6: 2327-33.
6. Bhuiyan ZH, Khan SA, Tawhid MH, Islam MF. Personal series with clinical review of fracture penis. Mymensingh Med J 2007; 16(2): 187-90.
7. Gregory S Jack, Isla Garraway, Richard Reznichak, Jacob Rajfer. Current Treatment Options for Penile fractures. Rev Urol 2004; 6(3): 114-20.
8. El Atat R, Sfaxi M, Benslama MR, Amine D, Ayed M, Mouelli SB,et al. Fracture of the penis: management and long-term results of surgical treatment. Experience in 300 cases. J Trauma 2008; 64(1): 121- 5.
9. Ghilan AM, Al-Asbahi WA, Ghafour MA, Alwan MA, Al-Khanbashi OM. Management of penile fractures. Saudi Med J 2008; 29(10): 1443-7.
10. Garcia Marchinena P, Capiel L, Juarez D, Liyo J, Giudice C, Gueglio G, Damia O. Penile fracture with associated urethra lesion : Case report and bibliographer review. Arch Esp Urol 2008; 61(8): 936-9.
11. Hanson GR, Thrasher JB. Urethral diverticulum as a sequela of unrepaired penile fracture. Can J Urol 2007; 14(1): 3461-2 .
12. De Rose AF, Giglio M, Carmignani G. Traumatic rupture of the corpora cavernosa : new physiopathologic acquisitions. Urology 2001; 57(2): 319-22.
13. Mydlo JH. Surgeon experience with penile fracture. J Urol 200; 166(2): 526-9.
14. Mallis J. Zur Kausuistik der fractura penis. Arch Klin Chir 1924; 129: 651.
15. Eke N. Fracture of the penis. Br J Surg 2001; 89: 555-65.
16. Bitsch M, Kromann-andersen B, Schou J, Sjontoft E. The elasticity and the tensile strength of tunica albuginea of the corpora cavernosa. J Urol 1990; 143(3): 642-5.
17. Schonberger B. Verletzungen der mannlichen Genitalorgane. Z Urol Nephrol 1982; 75: 879.
18. Nicoliasen GS, Melamud A, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosum:surgical management. J Urol 1983; : 917- 9.

19. Ishikawa T, Fujisawa M, Tamada H. Fracture of the penis: nine cases with evaluation of reported cases in Japan. *Int J Urol* 2003; 10: 257-60.
20. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. *J Urol* 2000; 64: 364-6.
21. Rodriguez Alonso A, Gonzalez Blanco A, Cespon Outeda E, Bonelli Martin C, Lorenzo Franco J, Cuerpo Perez MA, et al. Penile fracture. Report of a case. *Actas Urol Esp* 2001; 25(10): 765-9.
22. Miller S, McAninch JW. Penile fracture and soft tissue injury. In: McAninch JW, ed. *Traumatic and Reconstructive Urology*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996. p: 693-8.
23. Fegany AF, angermeier KW, Montague DK. Review of Cleveland Clinic experience with penile fracture *Urology* 1999; 54: 352-5.
24. Tiwary SK, Singh MK, Khanna R, Khanna AK. Penile fracture presenting as eggplant deformity. *Kathmandy Univ Med J (KUMJ)* 2006; 4(2): 249-50.
25. Cumming J, Jenkins JD. Fracture of the corpora cavernosa and urethral rupture during sexual intercourse. *Br J Urol* 1991; 67: 327.
26. Kaladeniz T, Topsakal M, Ariman A. Penile fracture : differential diagnosis, management, and outcome. *Br J Urol* 1996; 77: 279-81.
27. Beysel M, Tekin A, Gurdal M. Evaluation and treatment of penile fractures : accuracy of clinical diagnosis and the value of corpus cavernosography. *Urology* 2002; 60: 492-6.
28. Pliskow RJ, Ohme RK. Corpus cavernosography in acute 'fracture' of the penis. *AJR Am J Roentgenol* 1979; 133: 331-2.
29. Fedel M, Venz S, Andreessen R. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of suspected penile fracture. *J Urol* 1996; 155: 1924-7.
30. Feki W, Derouiche A, Belhaj K, Ouni A, Ben Mouelhi S, Ben Slama MR, et al. False penile fracture : report of 16 case. *Int J Impot Res* 2007; 19(5): 471-3.
31. Lorenzo Romero JG, Segura martin M, Salinas sanchez M, Pastor Guzman JM, Hernandez Millan I, Martinez Martin M, et al. Rupture of the corpora cavernosa : its therapeutic assessment and management. *Actas Urol Esp* 1999; 23(7): 635-9.
32. Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad MR, Samadzadeh B, Bardideh AR. Penile fracture: evaluation, therapeutic approach and long term results. *J Urol* 1996; 155: 148-9.
33. Uygur MC, Gulerkaya B, Altug U, Germiyanoglu C, Erol D. 13 years experience of penile fracture. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31: 265-6.
34. Mansi MK, Emran M, el-Mahrouky A, el-Mteet MS. Experience of penile fractures in Egypt: long-term results of

- immediate surgical repair. J Trauma 1993; 35: 67-70.
35. Agrawal SK, Morgan BE, Shafique M, Shazely M. Experience with penile fractures in Saudi Arabia. Br J Urol 199; 67: 644-6.
36. Mellinger BC, Douenias R. New surgical approach for operative management of penile fracture and penetrating trauma. Urology 1992; 39: 429-32.
37. Su LM, Sutaria PM, Eid JF. Repair of penile rupture through a high- scrotal midline raphae incision. Urology 1998; 52: 717-9.
38. Konnak JW, Ohl DA. Microsurgical penile revascularization using the central corporeal penile artery. J Urol 1989; 142: 305-8.
39. Pruthi RS, Petrus CD, Nidess R, Venable DD. Penile fracture of the proximal corporeal body. J Urol 2000; 164: 447-8.
40. Puneekar SV, Kinne JS. Penile fracture. BJU Int 1999; 84: 183-4.
41. Kattan S, Youssef A, Onuora V, Patil M. Recurrent ipsilateral fracture of the penis. Injury 1993; 24: 685- 6.
42. Nasser TA, and Mostafa T. Delayed surgical repair of penile fracture under local anesthesia. J Sex Med 2008; 5: 2464-9.

