

รายงานผู้ป่วย



Fracture of Penis: a Case Report

พีรชา คุเกษมกิจ พ.บ.

อวัยวะเพศหัก (Fracture of penis) เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะเพศชายที่พบได้ไม่น้อยแต่คล้ายแพทย์ยูโรวิทยา และแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินมีโอกาสได้พบและรักษา พยาธิสภาพเกิดจากการฉีกขาดของ Tunica albuginea ที่หุ้มรอบแกนของอวัยวะเพศ (Corpus cavernosum) จากการที่อวัยวะเพศชายได้รับแรงกระแทกในขณะที่กำลังแข็งตัว มักเกิดจากอุบัติเหตุในระหว่างมีเพศสัมพันธ์หรือการกระแทกโดยตรงต่ออวัยวะเพศ แต่ไม่ได้รวมการฉีกขาดของ Tunica albuginea ที่เกิดขึ้นในขณะที่อวัยวะเพศไม่แข็งตัว การวินิจฉัยได้ชัดเจนจากประวัติและการตรวจร่างกาย การรักษาได้ทั้งการรักษาแบบอนุรักษ์และการผ่าตัดซ่อมแซม Tunica albuginea ซึ่งการรักษาแบบผ่าตัดให้ผลดีกว่า ผลแทรกซ้อนน้อยกว่า เช่น การผิดรูป การปวดเวลาอวัยวะเพศแข็งตัว

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 26 ปี อาชีพ เลี้ยงไก่ไข่

อาการสำคัญ: อวัยวะเพศปวดบวม 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน: 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกำลังเรียงไข่ไก่ใส่แผงถูกมดกัดบริเวณโคนอวัยวะเพศ จึงเกาทำให้อวัยวะเพศแข็งตัว ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญจึงใช้มือกดอวัยวะเพศของตนเองเพื่อให้อ่อนลง เกิดเสียงดังคล้ายกิ่งไม้หัก ตามมาด้วยอาการปวดและบวมที่อวัยวะเพศ แต่ยังไม่สามารถปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีเลือดปน จึงรีบมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต: ไม่มีโรคประจำตัว, ไม่เคยรับการผ่าตัด

ประวัติส่วนตัว: ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มสุรา

ประวัติครอบครัว: ไม่มีประวัติโรคทางกรรมพันธุ์

การตรวจร่างกายแรกรับ

Body temperature 37°C Pulse rate 97/min Respiratory rate 18/min Blood pressure 120/71 mm Hg Body weight 70kg

General appearance: A Thai male patient with good consciousness and well co-operated

HEENT: Not pale, no jaundice

Chest: normal breath sound, no adventitious sound.

Heart: Normal S1, S2 No murmur.

Abdomen: Soft not tender, no mass, no hepatosplenomegaly

Affected part:

Penis: Deformity, swelling, ecchymosis at left side of shaft, can't palpable a defect

Scrotum: mild swelling, minimal ecchymosis

Provisional diagnosis: Fracture penis

Investigations

CBC: Hct 43.1% WBC 8,840 PMN 48.4% L 18.8% Plt 250,000

BS 79mg% BUN 14 Cr 1.24 ng/dl

U/A Spgr 1.025 RBC 3-5/HPF WBC 1-2/HPF Epith 0-1/LPF Ph 5.8

CXR: No cardiomegaly, no pulmonary infiltration

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดอวัยวะเพศฉับพลัน จากการที่ผู้ป่วยพยายามกดอวัยวะเพศขณะแข็งตัว เกิดอาการปวดมีลักษณะผิดปกติและมีรอยจ้ำเลือดที่อวัยวะเพศและถุงอัณฑะ การบาดเจ็บมีโอกาสเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในอวัยวะเพศ หรือการฉีกขาดของปลอกหุ้ม Corpus carvenosum คือ Tuniga albugenia ทั้ง 2 กรณีจะทำให้มีเลือดออกในชั้นใต้ผิวหนังของอวัยวะเพศเกิดการบวมผิดปกติและรอยช้ำได้ จากประวัติผู้ป่วยได้ยินเสียงดังคล้ายกิ่งไม้หักก่อนจะมีอาการปวดที่อวัยวะเพศพร้อมกับอวัยวะเพศอ่อนตัวทันที การตรวจร่างกายแม้ Rolling sign test และคลำ Defect ของ Corpus carvenosum ได้ไม่ชัดเจน แต่จากประวัติและการตรวจร่างกายเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการฉีกขาดของ Tuniga albugenia หรือที่เรียกว่า Fracture of penis

ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ทำ Urethrography เนื่องจากให้ประวัติปัสสาวะได้เองปกติและไม่มีเลือดออกจากท่อปัสสาวะ และผลตรวจปัสสาวะไม่พบ RBC ในปริมาณผิดปกติ

หลังการซักประวัติและตรวจร่างกายแพทย์ได้บอกการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยและแนะนำให้รับการรักษาโดยการผ่าตัดรักษาโดยทันที รวมทั้งบอกผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หลังการผ่าตัดรักษา เช่น penile deviation, painful intercourse, painful erection, erectile dysfunction, priapism, skin necrosis, arteriovenous fistula, urethrocavernous fistula, stricture urethra

Position: Supine Anesthesia: General anesthesia

Procedure-Foley' catheter was indwelled. Circumferential subcoronal incision was performed. Penile skin was degloved. About 30 cc of hematoma was evacuated. A 1.5 cm transverse tear of Tuniga albugenia at midshaft of penis was identified then was debrided. 4/0 Polene interrupted sutures was used to repaired the Tuniga albugenia. Bleeding points were curterized. Penile skin was approximated with CCG 4/0.

ก่อนและหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ Gram negative และ Gram positive (Cefazolin IV 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็น Dicloxacillin and Norfloxacin oral form) จนหลังผ่าตัด 7 วัน ลดความเจ็บปวดจากอวัยวะเพศแข็งตัวด้วยการให้ยากลุ่ม Benzodiasipines และ Ketoconazole หลังการผ่าตัด 3 วันสายสวนปัสสาวะถูกถอดออก แผลแห้งดีบวมเล็กน้อยผู้ป่วยกลับบ้านได้



รูปที่ 1 Egg plant deformity with ecchymosis



รูปที่ 2 Transverse tear 1.5 cm of tunica albuginea at mid shaft

1 เดือน หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เนื่องจากแต่งงานตามกำหนดไว้ก่อนบาดเจ็บ แต่มีปัญหาเรื่องการหลั่งเร็ว แต่เมื่อมาติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 3 เดือนอาการดีขึ้น

อภิปราย

อวัยวะเพศหัก (Fracture of penis) เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะเพศชายที่ต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน[1] ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของ Tunica albuginea ที่หุ้มรอบแกนของอวัยวะเพศ (Corpus cavernosum) จากการที่อวัยวะเพศชายได้รับแรงกระแทกในขณะที่กำลังแข็งตัว มักเกิดจากอุบัติเหตุในระหว่างมีเพศสัมพันธ์หรือการกระแทกโดยตรงต่ออวัยวะเพศ แต่ไม่ได้รวมถึงการฉีกขาดของ Tunica albuginea ที่เกิดขึ้นในขณะที่อวัยวะเพศไม่แข็งตัวซึ่งอาจเกิดจากภัยอันตรายอื่นๆ เช่น ถูกกระสุนปืน ถูกของมีคม โดยตรงต่ออวัยวะเพศชาย[2]

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย Fracture of penis ที่มีการรายงานทั่วโลกยังต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยจะลังเลเพราะความอายที่มารับการรักษาหรือมารับการรักษาแต่ให้ประวัติไม่ตรงตามความจริง[3]

Fracture of penis มีการบันทึกครั้งแรกโดยแพทย์ชาวอาหรับชื่อ Abu Kasem ที่อยู่ในเมือง Cardoba เมื่อ 1,000 ปีก่อน ซึ่งได้ถูกรายงานเมื่อปี ค.ศ. 1925[4]

มีการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกเกี่ยวกับ Fracture of penis พบมีมากกว่า 1,600 ราย โดยมากกว่าครึ่งเกิดขึ้นในประเทศมุสลิม[6] พบผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 26-42 ปี[7] รายงานที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดมีผู้ป่วย 172 รายภายในเวลา 9 ปี ในจังหวัดหนึ่งในประเทศอิหร่าน[5] ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีกรายงานข้อมูลของ Fracture of penis ที่ชัดเจน

อวัยวะเพศในภาวะไม่แข็งตัว Tunica albuginea มีความหนาประมาณ 2-2.4 มิลลิเมตร แต่ในภาวะแข็งตัวเต็มที่มีความหนาจะลดลงเหลือประมาณ 0.25 มิลลิเมตร สามารถรับแรงดันได้ถึง 1,500 mmHg ดังนั้นเมื่ออวัยวะเพศที่แข็งตัวถูกกระแทกด้วยแรงที่ทำให้เกิดแรงดันภายในแกนของอวัยวะเพศ (Corpus cavernosum) เกินกว่า 1,500 mmHg จะให้เกิดการฉีกขาดของ Tunica albuginea ทำให้มีเลือดออกจาก Corpus cavernosum เข้าในชั้นใต้ผิวหนังของอวัยวะเพศเกิดการบวมผิดปกติและรอยช้ำได้[8]

สาเหตุมักเกิดจากการกระแทกโดยตรงต่ออวัยวะเพศขณะแข็งตัว ตามความเข้าใจทั่วไปมักคิดถึงว่าเกิดจากการบาดเจ็บระหว่างมีเพศสัมพันธ์แต่ความเป็นจริงยังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง (Masturbation), การกดทับอวัยวะเพศที่แข็งตัวจากการกึ่งตัวบนที่นอน, อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา สาเหตุอื่นๆ ที่มีการรายงาน เช่น ถูกม้าเตะ, ถูกทับโดยประตู, กระแทกกับส่วนของรถยนต์ขณะรถหยุดดับพลัน[6], ถูกหนีบโดยเตียงผ่าตัด, ฝ่าที่นั่งส้วม

ปิดทับ, การมีขนาดอวัยวะเพศที่ไม่สมดุลกับคู่นอน [9] การออกกำลังโดยวิธีห้อยตุ้มเหล็กกับอวัยวะเพศชาย (Chiu chiu chen gong) ฯลฯ[10] ในแต่ละส่วนของโลกก็มีสาเหตุที่แตกต่างกันโดยพบว่าในประเทศในซีกโลกตะวันตกร้อยละ 30-50 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนในซีกโลกตะวันออกเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การมีเพศสัมพันธ์ เช่น การทำ masturbation, การกดอวัยวะเพศที่แข็งตัวเพื่อทำให้อ่อนตัวที่เรียกว่า “taghaandan” การกลิ้งตัวบนที่นอนหรือตกจากเตียงขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว[5]

Fracture of penis ที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์เกิดจากอวัยวะเพศชายหลุดออกจากช่องคลอดแล้วกระแทกที่กระดูกหัวเหน่าของฝ่ายหญิง และมักจะเกิดในการร่วมเพศในท่าที่ฝ่ายหญิงอยู่ด้านบน (Reverse coitus) หรืออาจเกิดจากการร่วมเพศในท่ายืนแล้วตัวฝ่ายหญิงเลื่อนลงล่างทำให้อวัยวะเพศชายถูกบิดงอฉับพลันไม่พบว่ามีรายงานการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือการสำเร็จความใคร่ด้วยปาก (Oral sex) เป็นสาเหตุให้เกิด Fracture of penis[6]

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ประวัติว่าได้ยินเสียงคล้ายกิ่งไม้หัก (cracking, snapping sound) หรือแตงแก้วหัก หลังจากนั้นจะมีการปวดบวมที่อวัยวะเพศฉับพลันและพร้อมกับอวัยวะเพศอ่อนตัวทันที[1] อาการที่ตรวจพบเมื่อมาพบแพทย์คืออวัยวะเพศบวมผิดปกติและรอยข้ำมีชื่อเรียกเฉพาะคือ Egg plant deformity หรือ Albergine sign พบรอยข้ำบริเวณอวัยวะหรือรอยเลือดคั่งใต้ผิวหนังบริเวณฝีเย็บ (Perinium hematoma) ลักษณะคล้ายฝีเลือดซึ่งหมายถึงอาจมีการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะร่วมด้วย เช่นเดียวกับการพบว่ามีปัสสาวะเป็นเลือดหรือมีเลือดออกท่อปัสสาวะ การปัสสาวะลำบากขึ้นรวมทั้งการปัสสาวะไม่ออก[6] การตรวจคลำหารอยแตกของ Tunica albuginea และการคลำแล้วสามารถคลึงถึงลิ่มเลือดบนตำแหน่งที่มีการฉีกขาดของ Tunica albuginea ซึ่งเรียกกันว่า Rolling sign[11]

การตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยยืนยันการฉีกขาดของ Tunica albuginea และการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงการตรวจพื้นฐานเริ่มจากการตรวจปัสสาวะเพื่อใช้คัดกรองว่ามีการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะหรือไม่ การตรวจทางรังสีที่มีการลุกลำน้อยและราคาถูกคือการทำ ultrasound เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ชัดเจน ต้องอาศัย

ประสบการณ์ของผู้ตรวจ การแปลผลยากถ้ารอยโรคมีขนาดเล็ก[6]

Cavernography เป็นการตรวจที่ค่อนข้างลึกลับ โดยการฉีดสารทึบแสงเข้าที่ Corpus cavernosum ผู้แต่งบางรายแนะนำให้ทำทุกรายที่สงสัยว่ามี Fracture of penis [12,11] แต่ส่วนใหญ่ให้ทำในเฉพาะบางรายที่มารับการรักษาช้ากว่า 24 ชั่วโมงเพื่อใช้ตัดสินใจในการเลือกการรักษาแบบอนุรักษ์หรือในรายที่มีอาการและประวัติไม่ชัดเจน[14] การตรวจต้องใช้เวลาและเครื่องมือ ประสบการณ์ของผู้ตรวจให้ผลลบลงจากมีลิ่มเลือดไปอุดที่บริเวณรอยแตกของ Tunica albuginea ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิด เช่น การแพ้สารทึบแสง, เกิดพังผืดที่ Corpus cavernosum และการแข็งค้าง (Priapism)[6]

Retrograde Urethrography แนะนำให้ทำในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีท่อปัสสาวะฉีกขาดร่วมโดยจะมีประวัติปัสสาวะลำบาก, ปัสสาวะเป็นเลือดหรือมีเลือดไหลออกจากท่อปัสสาวะ ถ้าพบว่าผู้ป่วยรายใดมีการฉีกขาดของ Corpus cavernosum 2 ข้างควรทำเพราะมีโอกาสมากที่การบาดเจ็บจะขยายมาถึงท่อปัสสาวะเมื่อเทียบกับรายที่มีการฉีกขาดข้างเดียว[14,15] การตรวจทำได้ง่ายราคาไม่แพงและไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลแทรกซ้อน พบผลการตรวจ false negative เนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดบริเวณรอยฉีกขาดของ Corpus cavernosum การตรวจนี้มีผู้วิจัยหลายท่านแนะนำให้เลือกทำในบางราย แต่ไม่ทำเป็นการตรวจตามมาตรฐานหรือทุกราย[17]

Ultrasonography เป็นการตรวจที่มีราคาถูกและไม่มี การลุกลำน้อยต่อร่างกายเหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ให้ความร่วมมือในการตรวจน้อย และรายที่มีประวัติไม่ตรงไปตรงมา การตรวจต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ตรวจและการแปลผลยากถ้ารอยฉีกขาดมีขนาดเล็ก

MRI เป็นการตรวจที่แม่นยำที่สุดในปัจจุบันสามารถให้ภาพชัดเจนโดยเฉพาะ Tunica albuginea[18] แต่การเตรียมการตรวจต้องใช้เวลาและมีราคาแพง

ในความเห็นของผู้เขียนการตรวจวินิจฉัยที่สามารถทำได้และเพียงพอในการวินิจฉัยในโรงพยาบาลในต่างจังหวัดที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์คือการทำการตรวจปัสสาวะเพื่อดูว่ามีการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะร่วมหรือไม่ถ้ามี microscopic

hematuria ควรทำ Retrograde Urethrography เพื่อพิสูจน์การบาดเจ็บของท่อปัสสาวะพิจารณาทำ Ultrasonography ในผู้ป่วยเด็กหรือรายที่ประวัติไม่ชัดเจน ซึ่งการตรวจทางรังสีบางชนิดคล้ายแพทย์ยูโรก็สามารถทำได้เอง เช่น Retrograde Urethrography

การรักษา Fracture of penis มีการรักษาเริ่มต้นในระยะแรกด้วยวิธีอนุรักษ์ซึ่งประกอบด้วยการประคบเย็น, การใส่สายสวนปัสสาวะ, การให้ยาป้องกันการอักเสบ การรักษาแบบนี้ให้ผลการรักษาที่มีอาการแทรกซ้อนมากกว่าร้อยละ 30 เช่น ปวดเวลาอวัยวะเพศแข็งตัว, อวัยวะเพศคดงอ, Arteriovenous fistula, และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ[2]

ในปัจจุบันมีผู้แนะนำการรักษาด้วยการผ่าตัดเพราะให้ผลการรักษาดีกว่า ช่วยลดผลแทรกซ้อนระยะยาวจากร้อยละ 30 เหลือร้อยละ 4[2] การผ่าตัดทำได้ทั้งภายใต้การให้ยาเฉพาะที่, การให้ยาเฉพาะส่วนหรือการดมยาสลบโดยหลักการรักษา โดยการผ่าตัดคือการนำเอาลิ้มเลือดออก, การซ่อม Tunica albuginea และการห้ามเลือดจากหลอดเลือดที่ฉีกขาด แนวทางการลงมีดผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่งฉีกขาดและความถนัดของผู้ผ่าตัดดังนี้

1. Distal circumferential degloving ให้ผลด้านความสวยงามดี สามารถเปิดสำรวจและซ่อมแซม Tunica albuginea ทั้ง 2 ข้างและ Corpus cavernosum ได้ แต่อาจเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและหลอดเลือด และอาจเกิดผิวหนังอวัยวะเพศตาย

2. Direct longitudinal incision แนวแผลตรงตำแหน่งที่มีการฉีกขาดของ Tunica albuginea โดยต้องสามารถคลำได้ชัดเจน ทำงานแต่รอยแผลไม่สวย

3. Inguinoscrotal incision เหมาะสำหรับรอยฉีกขาดที่อยู่ใกล้โคนอวัยวะเพศและรายที่อวัยวะเพศบวมมาก แต่อาจทำให้เกิดการงอของอวัยวะเพศจากพังพืดรั้งถ้าแผลติดเชื้อ

4. High scrotal midline raphe incision ให้ผลทางด้านความสวยงามดี

5. Proximal degloving incision เหมาะกับการซ่อมแซม penile vessels[6]

การซ่อม Tunica albuginea มีการเลือกใช้ไหมเย็บแผลทั้ง Absorbable suture material เช่น Poliglicin (Vicryl)

3/0, Dexon3/0-4/0 และ Non-absorbable suture material เช่น PDS, Polene โดยการเย็บจะเย็บแบบซ้อนปมเพื่อป้องกันการคล้ำได้ปมภายหลัง โดยการใช้ Non-absorbable suture material อาจช่วยป้องกันการเกิดซ้ำได้[19]

หลังการผ่าตัดการให้ยากลุ่ม Benzodiasipines ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและป้องกันอาการปวดจากการแข็งตัวของอวัยวะเพศ[20] แนะนำให้งดมีเพศสัมพันธ์และการกระทำต่ออวัยวะเพศเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ[6]

การบาดเจ็บของท่อปัสสาวะร่วมกับการเกิด Fracture of penis มีรายงานร้อยละ 1-38 พบว่ามีโอกาสเกิดมากกว่าในรายที่สาเหตุเกิดจากบาดเจ็บจากการร่วมเพศเพราะกลไกการการเกิดมีแรงกระแทกรุนแรงจากน้ำหนักตัวของคู่นอนกดทับ มักจะพบร่วมกับการฉีกขาดของ Corpus cavernosum 2 ข้างมากกว่าฉีกขาดข้างเดียว[15,16] จะมีประวัติมีเลือดออกจากท่อปัสสาวะ, ปัสสาวะลำบาก, ปัสสาวะไม่ออก ใช้การตรวจ Retrograde urethrography เพื่อยืนยัน การรักษาในรายที่มี complete tear โดยทำ primary reanastomosis ด้วย Non-absorbable suture material และใส่สายสวนท่อปัสสาวะเป็นแกน partial tear อาจเย็บซ่อมหรือแค่ใส่สายสวนท่อปัสสาวะไว้ก็ให้ผลการรักษาที่ดี[6]

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดในช่วงแรกแล้วมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การคดงอและการปวดเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัว สามารถทำการผ่าตัดแก้ไขได้แต่ผลขึ้นอยู่กับว่าก่อนหรือหลังการเกิด Fibrosis ถ้าทำก่อนเกิด Fibrosis จะได้ผลดีและยังสามารถตรวจพบตำแหน่งที่มีการฉีกขาดของ Tunica albuginea ได้ดีกว่าในระยะแรกสามารถผ่าตัดภายใต้ยาเฉพาะที่และเปิดบาดแผลขนาดเล็กตรงตำแหน่งบาดเจ็บได้[21]

ผลแทรกซ้อนระยะยาวที่เกิดตามหลัง Fracture of penis เกิดขึ้นร้อยละ 6-25 แม้จะลดลงจากการรักษาด้วยการผ่าตัด อาจเกิด penile deviation, painful intercourse, painful erection, erectile dysfunction, priapism, skin necrosis, arteriovenous fistula, urethrocavernous fistula, stricture urethra[6]

การบาดเจ็บที่อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็น Fracture of penis ที่พบเกิดในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของ Penile vessels

(Superficial dorsal vein, Deep dorsal vein, Dorsal artery of penis, Deep cavernous artery), Mondor's disease ซึ่งเกิดจาก Thrombosis of the superficial dorsal vein, Lymphangitis of penis อาการและอาการแสดง คล้ายคลึงกัน แต่สามารถแยกกันโดย Fracture of penis ประวัติมี snapping sound และการอ่อนตัวของอวัยวะเพศทันที Rupture of the suspensory ligament of the penis สามารถแยกโดยการตรวจร่างกายพบมีอวัยวะเพศห้อยต่ำ (floppy penis)[6]

สรุป

Fracture penis เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะเพศชายที่เกิดจากมีเพศสัมพันธ์และการถูกระงับทำต่ออวัยวะเพศ เป็นการบาดเจ็บที่พบได้ไม่บ่อยแต่คล้ายแพทย์ผู้โรวิทยาและแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินมีโอกาสได้พบ วินิจฉัยได้จากประวัติและการตรวจร่างกาย การตรวจวินิจฉัยจำเพาะใช้ในรายที่สงสัยมีการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงหรือประวัติไม่ชัดเจนหรือมารับการรักษาช้า การรักษาด้วยการผ่าตัดจะให้ผลการที่ติดผลแทรกซ้อนชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. Richard AS. Penile Fracture and Trauma. (<http://www.emedicine.com>). 2006: Web med.
2. Jack GS, Garraway I, Reznicek R, Rajfer J. Current treatment options for penile fractures. **Rev Urol** 2004; 6:114-20.
3. Karadeniz T, Topsakal M, Ariman A, Erton H, Basak D. Penile fracture: differential diagnosis, management and outcome. **Br J Urol** 1996; 77:279-81.
4. Taha SA, Sharayah A, Kamal BA, Salem AA, Khwaja S. Fracture of the penis: surgical management. **Int Surg** 1998; 73:63-4.
5. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. **J Urol** 2000; 164:364-6.
6. Eke N. Fracture of penis. **Br J Surg** 2002; 89:555-65.
7. Godec CG, Reiser R, Logush AZ. The erect penis injury prone organ. **J Trauma** 1988; 28:124.
8. De Rose AF, Giglio M, Carmignani G. Traumatic rupture of the corpora cavernosa: new physiologic acquisitions. **Urology** 2001; 57(2):319-22.
9. Ferstrom U. Rupture of the penis. Report of one operated case and review of literature. **Acta Chirg Scand** 1957; 113: 211-7.
10. Hung-Jen S, Wen-Chou L, Huang-Kuang C, Stone Y, Jong-Ming H, Marcelo C, Wei-Kung T. Penile fracture: Analysis of 13 patients and a Literature Review. **JTUA** 2007; 18:99-101.
11. Naraynsingh V, Raju GC. Fracture of the penis. **Br J Surg** 1985; 72:305-39.
12. Karadeniz T, Topsakal M, Ariman A. Penile fracture: Differential diagnosis, management, and outcome. **Br J Urol** 1996; 77:279-81.
13. Beysel M, Tekin A, Gurdal M. Evaluation and treatment of penile fractures: accuracy of clinical diagnosis and value of corpus cavernosography. **Urology** 2002; 60:492-6.
14. Gontero P, Sidhu PS, Muir GH. Penile fracture repair: assessment of early results and complications using color Doppler ultrasound. **Int J Impot Res** 2000; 12:125-9.
15. Fergany AF, Angemeier KW, Montague DK. Review of Cleveland Clinical experience with penile fracture. **Urology** 1999; 54:352-5.
16. Cumming J, Jenkins J. Fracture of the corpora cavernosa and urethral rupture during sexual intercourse. **Br J Urol** 1991; 67:327.
17. Miller S, McAninch JW. Fracture and soft tissue injury. In: McAninch JW, ed. *Traumatic and Reconstructive Urology*. Philadelphia: **W.B. Saunders** 1996: 693-8.
18. Fedel M, Veen S, Andressen R, Sudhoff F, Loening SA. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of suspected penile fracture with atypical clinical findings. **J Urol** 1996; 155:1924-7.
19. Puneekar SV, Kinne JS. Penile fracture. **BJU Int** 1999; 84:183-4.

20. Nadeem Ali S, Mumtaz K, Waqur Alam J, Asadullah, Tahira Mehreen, Abdus Samad K. Experience with the surgical management of fracture penis. **JPMI** 2008; 8:233-7.
21. Naraynsigh V, Hariharan S, Goetz L, and Dan D. Late delayed repair of fracture penis. Case report. **Journal of Andrology** 2010; 31:No2:12.3d.