

(PRIAPISM)

เรื่องย่อ

รายงานคนไข้ 3 ราย เป็น idiopathic priapism ได้ให้การรักษต่างกัน รายที่มาพบก่อน 1 วันให้ conservative treatment ส่วนอีก 2 รายมาพบช้าหลังจาก 4 วัน และ 10 วัน ให้การรักษาโดยทำการผ่าตัด carver-

no saphenous shunt และ carverno-glans penis fistula ตามลำดับทุกรายได้ผลดี potency หลังผ่าตัดทราบผลเพียงรายเดียวคือ รายที่มาพบช้าถึง 10 วันว่ายังปกติ แต่อวัยวะเพศด้านที่ผ่าตัด shunt จะอ่อนกว่าอีกด้านหนึ่ง

PRIAPISM

ทวีป รักษากุล*

Priapism หมายถึงการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายติดต่อกันเป็นเวลานานเกินควรโดยไม่มีการกระตุ้นทางเพศ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด¹ ตามสาเหตุคือ

- 1) Primary or Idiopathic priapism
ไม่ทราบสาเหตุ
- 2) Secondary priapism จะเกิดร่วมกับความผิดปกติ
 - Hematogenous—sickle cell disease, leukemia or polycythemia
 - Neurogenic—spinal cord tumor or trauma, brain trauma or tumor
 - Local disorders—perineal infection, trauma²
 - Drugs—phenothiazine,³ heparin.

Physiology of penile erection

การแข็งตัวของอวัยวะเพศจะเกิดขึ้นได้โดยการที่มีเลือดเข้าไปคั่งอยู่ภายใน corpora ซึ่งเกิดได้ 2 ทาง คือจากการสัมผัสที่เรียกว่า

reflexogenic โดยมีศูนย์กลางที่ S2-4 parasympathetic chain และทางจิตใจที่เรียกว่า psychogenic โดยมีศูนย์กลางที่ cerebral erotic center

เลือดเข้าไป corpora โดยทาง internal pudendal artery แยกเป็นแขนงเล็กๆ คือ urethral artery, artery of the bulb of penis, deep artery of the penis, dorsal artery of the penis

และเลือดไหลออกจาก corpora ทาง superficial, and deep dorsal vein of the penis และ Santorini's plexus

Conti (1952) ได้ศึกษา corpora cavernosa พบว่ามี muscular pillars ที่เรียกว่า polster ยื่นเข้าไปใน lumen of arteriole, venule, and arteriovenous anastomosis ซึ่งเข้าใจว่า polster นี้จะเป็นตัวทำให้เลือดไหลเข้าไปคั่งใน corpora ทำให้แข็งตัวและออกจาก corpora ทำให้อ่อนตัว

Pathophysiology of priapism

Priapism เกิดจากเลือดที่เข้าไปคั่งใน corpora แล้วไหลออกซึ่งความผิดปกตินี้อาจจะ

*ท.บ., F.I.C.S อ.ว. ยูโรวิทยา
โรงพยาบาลราชบุรี

ผู้อำนวยการ นายแพทย์เดชา กิจประยูร

เกิดที่ polster หรือ major venous drainage ก็ได้ และแม้เลือดจะไหลออกได้ดี ถ้าปริมาณของเลือดที่ไหลเข้ามากกว่าปกติเมื่อเทียบกับ การไหลออก priapism ก็อาจจะเกิดได้จากการสังเกตพบว่าการแข็งตัวของอวัยวะเพศที่ปกติและ priapism มีข้อแตกต่างกันที่ corpus spongiosum จะไม่เกี่ยวข้องกับซึ่งข้อสังเกตนี้เราได้นำมารักษา priapism โดยให้เลือดไหลจาก corpora cavernosum ออกไปทาง spongiosum

การที่เลือดเข้ามาคั่งใน corpora นาน ๆ จะทำให้ขาด O_2 และขณะเดียวกัน CO_2 จะเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดมีความหนืดแล้วจับกันง่ายขึ้น ดังนั้นการไหลกลับของเลือดจะลำบากทำให้ priapism ไม่ค่อยยอมหายเอง ผลของการขาด O_2 ของเลือดใน corpora ทำให้ erectile tissue ถูกทำลายเกิด fibrosis ซึ่งจะมีผลต่อ potency ของคนไข้ Treatment การรักษาแบ่งได้ 2 วิธีคือ

1) Non-definitive or conservative treatment โดยลดการไหลเข้าของเลือดมีหลายวิธี เช่น

- Sedation โดยใช้ยาระงับประสาท เช่น morphine, diazepam

- Estrogen hormone โดยหวัง antiandrogenic effect
- Penile compression โดยใช้ B.P cuff ของเด็กวัดรอบอวัยวะเพศ
- Spinal anesthesia
- Potent antihypertensive drugs เช่น Sodium nitroprusside⁹
- Occlusion of internal pudendal artery by autologous clot via angiocath¹⁰

2) Definitive treatment โดยเพิ่มการไหลออกของเลือดจาก corpora เช่น

- Needle aspiration
- Carveno-saphenous shunt (Grayhack 1964)⁵
- Carveno-spongiosum shunt (Quackle 1964)
- Carvenous end glans penis fistula (Winter 1976)⁶
- Carveno-dorsal vein of penis shunt (Barry 1976)¹¹

Secondary priapism ก็รักษาแบบเดียวกัน แต่เราจะต้องรักษาสาเหตุเดิมด้วย เช่น จาก sickle cell disease การให้เลือดจะลดปริมาณลง sickling⁴ ทำให้เลือดไหลผ่านได้สะดวก ถ้าจาก leukemia ก็ให้พวก antileukemic drugs เป็นต้น priapism ที่เกิดจากโรคเลือดมักจะเกิดซ้ำๆ ซากๆ เราจึงไม่ควรทำการผ่าตัด

case report

ราย 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี มาโรงพยาบาลเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2524 ด้วยเรื่องอวัยวะเพศแข็งตัวติดต่อกัน 10 วันหลังจากไปเที่ยวมา ประวัติอดีตไม่เคยเป็นมาก่อน แต่คืนที่ไปเที่ยวผู้ป่วยได้ดื่มสุรามาก ก่อนมาโรงพยาบาลได้ไปพบแพทย์ที่ศูนย์กามโรค ซึ่งแพทย์ได้ใช้ needle aspiration แต่อวัยวะเพศก็ไม่อ่อนตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมา 10 วัน จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทันที โดยให้ general anesthesia หลังดมยาอวัยวะเพศก็ไม่อ่อนตัว ได้รับการรักษาโดยทำ left caverno-saphenous shunt หลังผ่าตัดอวัยวะเพศอ่อนตัว คนไข้ได้กลับมาติดต่อกัน 2 เดือนต่อมาพบว่าเขาสามารถร่วมเพศได้ตามปกติ แม้ว่าคนไข้จะมีความรู้

ดีกว่าอวัยวะเพศด้านซ้ายแข็งแรงกว่าด้านขวา แต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการร่วมเพศ

ราย 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี มาโรงพยาบาลเมื่อเดือนพฤษภาคม 2525 ด้วยเรื่องอวัยวะเพศแข็งตัวติดต่อกันมา 4 วัน ก่อนมาผู้ป่วยได้ทำการรักษาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งได้ให้ sedative trial มาประมาณ 24 ชั่วโมงแต่ไม่ได้ผล ประวัติอดีตคนไข้เคยมีอาการเช่นนี้มาก่อน แต่สามารถอ่อนตัวได้หลังจากให้ยาระงับประสาท คนไข้คนนี้มีอาการบัสสวะขัดแต่จากการตรวจร่างกายไม่พบว่ามีนิ่วหรือต่อมลูกหมากโต นอกจากนี้ คนไข้ยังมีอาการหอบหืดอีกด้วย ตรวจทาง x-ray พบว่า chest, I.V.P ปกติ ได้นำคนไข้เข้าห้องผ่าตัดทันที โดยให้ spinal anesthesia แต่อวัยวะเพศก็ไม่ยอมอ่อนตัว ได้ทำผ่าตัดทาง glans penis ที่เรียกว่า cavernous-glans penis fistula หลังผ่าตัดอวัยวะเพศอ่อนตัวลงแต่ไม่เท่าปกติ potency ยังไม่ทราบ

ราย 3 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 30 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องอวัยวะเพศแข็งตัวมานานถึง 19 ชั่วโมง หลังจากร่วมกับภรรยาคืนก่อน ผู้ป่วยเคยมีอาการอย่างนี้บ่อยในระยะ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คือ อวัยวะเพศจะอ่อนตัว

ลงในเช้าวันรุ่งขึ้น ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการปกติ เนื่องจากคนไข้คนนี้นีมาเร็ว ได้ให้ conservative คือ morphine 10 mg. I.M. ทุก 4 ชั่วโมง เพียง 2 ครั้ง อวัยวะเพศก็อ่อนตัวแต่แข็งตัวใหม่อีกในวันรุ่งขึ้น คราวนี้ลองให้ dia-zepam 10 mg. I.M. ทุก 4 ชั่วโมง อีกเพียง 2 ครั้งเท่านั้น อวัยวะเพศก็อ่อนตัวลงเป็นปกติ และคนไข้กลับบ้านหลังจากนั้นอีก 2 วัน

Discussion

priapism ส่วนมากไม่ค่อยทราบสาเหตุ แต่ในปัจจุบันได้พยายามหาสาเหตุและพบว่า 40-50% พอที่จะเดาสาเหตุได้ ส่วนมากจะเกิดจากโรคเลือดเช่น sickle cell disease, leukemia แต่อีกอย่างที่เราเริ่มพบบ่อยขึ้นคือ เกิดร่วมกับยา โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อ neuro smooth muscle apparatus เช่นยาระงับประสาท ยาลดความดัน รวมไปถึงสุรา หรือ กัญชา ยาที่พบว่าเป็นสาเหตุของ priapism บ่อยๆ คือ phenothiazina โดยเฉพาะ thioridazine (Mellaril)³ คนไข้ที่รายงานทั้ง 3 รายไม่พบสาเหตุที่แน่นอน นอกจาก 2 รายที่มีประวัติดื่มสุราก่อนจะมีอาการ

การรักษา priapism ได้วิวัฒนาการไปมากหลังจากที่ Grayhack Venous shunt รักษา priapism ที่เรียกว่า carverno-sap-

henous shunt⁵ ในปี 1964 แต่ Quackle หลังจากพบว่า corpus spongiosum ไม่แข็งตัวขณะเกิด priapism ได้ทำ corpora-spongiosumshunt ซึ่งวิธีนี้นิยมทำกันมากในปัจจุบัน แต่อย่างใดก็ตาม วิธีนี้ก็มิโรครแทรกอันหนึ่งเกิดขึ้นบ่อยคือ carverno urethral fistula ถ้าผ่า spongiosum ทะลุเข้าไปใน urethra, Winter ได้ดัดแปลง Corpora-spongiosum shunt โดยสร้าง fistula ระหว่าง Corpora กับ glans penis ซึ่งเป็นส่วนปลายของ corpus spongiosum โดยใช้ biopsy needle ตัด tunica ของ corpora Ercole และพวกได้ดัดแปลงวิธีของ Winter โดยผ่าตัดเข้าไปที่ glans penis โดยตรงแทนที่จะใช้เข็มแทง และตัด tunica ออกประมาณ 5 มม. วิธีนี้ดีที่มองเห็นทุกขณะทำผ่าตัด คนไข้ของเราขณะทำผ่าตัด คนไข้ของเราได้รับการผ่าตัด 2 ใน 3 ราย โดยทำ carverno-saphenous shunt carverno-glans penis fistula พบว่าอวัยวะเพศอ่อนตัวได้ดีในรายแรก แต่รายที่ 2 แม้ว่าอวัยวะเพศจะอ่อนตัวแต่ไม่ค่อยปกตินัก อาจจะเป็นเพราะว่า glans penis เลือดไหลลำบากกว่า ข้อดีของวิธีที่ 2 คือ ทำผ่าตัดได้ง่ายกว่า

เมื่อไรถึงทำผ่าตัด priapism เป็นเรื่องถกเถียงกันมาก เพราะเกี่ยวกับ potency ของคนไข้ โดยหลักการที่สำคัญคืออย่าให้เกิด hypoxia นาน ๆ เพราะจะทำให้เกิด thrombosis และ fibrosis Maloney⁸ พบว่าถ้าเราแก้ไขก่อน 36 ชั่วโมง potency จะปกติในคนไข้ของเราคนหนึ่งมาพบเราหลังจาก 10 วัน ก็ยังกลับคืนได้ อีกรายที่มาพบเราหลังจาก 4 วัน ยังไม่ทราบผล ดังนั้นถ้าคนไข้มาพบเราก่อน 36 ชั่วโมง เราพอที่จะให้เวลาคนไข้ได้ลอง conservative ก่อนที่จะทำผ่าตัด เพราะว่า priapism ส่วนมากเกิดซ้ำ ๆ ซาก ๆ และคนไข้ของเรา 1 รายก็รักษาโดยให้เพียงยาระงับประสาทเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wasmer JM, Carrion HM, Mekras G, and Politono VA. Evaluation and treatment of priapism. J Urol 1981; 125: 204.
2. persky L, Kursh E. Post traumatic priasm. J Urol 1977; 118: 397
3. Dorman BW, Schmidt JE. Association of priapism in phenothiazine therapy. J Urol 1976; 116: 51.
4. Baron M, Leiter E. The management of priapism in sickle cell anemia J Urol 1978; 119: 510
5. Grayhack JT, Mc Cullough W, O'Connor VJ, and Trippel O. Venous bypass to control priapism, Invest Urol 1964; 1: 509.
6. Winter CC. Priapism cured by reeation of fistulas between glans penis and corpora cavernosa. J Urol 1978; 119: 227.
7. Ercol CJJ, Pontes JE, Pierce JM. Jr, Changing surgical concepts in the treatment of priapism. J Urol 1981; 125: 210.
8. Moloney PJ, Elliott GB, Johson HW. Experiences with priapism J Urol 1975; 114: 72.
9. Bennett AH. Pilon RN. Non incisional therapy for priapism. J Urol 1981; 125: 208
10. Wear JB. Jr. Crummy AB. Munson BO. A new approach to the treatment of priapism. J Nrol 1977; 117: 252.
11. Barry JM. Priapism, treatment with corpus carvernosum to dorsal vein of penis shunts. J Urol 1976; 116: 754.
12. Nelson JH, Winter CC. Priapism-evaluation of management in 48 patients in a 22 year series. J Urol 1977; 117: 455