

早泄的治疗现状

周乐友 冯华国 综述 王仁顺 审校

解放军第163中心医院泌尿外科(长沙 410003)

早泄(premature ejaculation, PE)是一种常见的性功能障碍,影响20%~30%的成年男性,它是一种综合征(syndrome),由主诉和疾病组成,疾病占2%~5%,其余为主诉。

在研究早泄综合征时要有一个客观的标准,即阴道内射精潜伏期(IELT),测量的方法是准备一块可随时开与停的秒表(stopwatch),由性伴侣操作,在阴茎进入阴道时即开始计时,到射精时结束,测这段时间的长度,这样数字化以后有利于PE的客观诊断和药物治疗效果的比较。早泄作为一种疾病,IELT应<2min或阴茎在阴道内的抽动少于15次即射精。

一、早泄综合征的分类

根据世界卫生组织公布的国际疾病分类(ICD-11)和美国精神病学学会出版的心理学诊断与统计手册(DSM-V)^[1],早泄综合征可分为四种情况:

(一) 终生(lifelong)的早泄

这种早泄有以下特点与症状:它是一种原发性疾病,与神经生物学异常和遗传有关,这种病人从第一次性交有极早的射精以后,几乎每次对每个妇女都是这样,且一直如此。这其中80%的病人性交在30~60s内射精,20%在1~2min内射精,大约有70%病人终生维持这样的情况,还有30%的病人随年龄增长控制射精的能力会严重减弱,甚至缺乏(在迫近射精时),有些病人在阴茎插入阴道前或接触阴道时即射精(IELT=0),这种病是与生俱来的疾病,发病率低,难于治愈,但用药物作对症治疗,可取得满意的疗效。

(二) 获得性(acquired)早泄

获得性早泄的病人通常在发病以前有正常射精的体会,只是在生命中某一段时间发生了过早射精,可以是突然发生,也可以是逐渐发生,发病的诱因可以是泌尿系疾病(如前列腺炎)、甲状腺疾病也可以是心理方面的问题^[2],他们在迫近射精时控制射精的能力减弱或缺乏。IELT很短,发病的原因为疾病所引起或心理方面的异常,发病率低,可采用药物或心理治疗,可以治愈。

(三) 自然变异性(natural variable)早泄

自然变异性早泄不能认为是一种真正的疾病,

而是性活动中的一种正常变异,也是一种症状,早射精不规则,其感觉不是经常发生,且,控制射精的能力可能减弱或消失,但这点并非诊断所必需。IELT可为正常,也可能稍短,在1.5min左右,发病率高,不必用药物治疗,只要消除疑虑,树立信心就可以了。

(四) 早泄样射精功能障碍

这种病人在性交时主观感觉经常或偶然发生射精快,但实际上IELT在正常范围内(3~6min)或很长(5~25min),这种情况当然不能认为是一种疾病,而是一种心理的问题^[3]。他们在迫近射精时控制射精的能力减弱或缺失,这点并非诊断所必需,此主诉的发生率高,治疗方面只需心理疏导。

二、早泄综合征的处理

终生性早泄(以下简称为PE)宜用药物作对症治疗^[4],获得性早泄亦可用药物治疗其诱因,如前列腺炎或甲状腺疾病,自然变异性早泄和早泄样射精功能障碍则不必用药物治疗,上述4种早泄综合征都需要采用心理疏导和劝告才能取得好效果,尤其在不必要用药的患者更是如此。本文仅详述PE的治疗方法及其效果。

(一) 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂

5-羟色胺(5-Hydroxytryptamine, 5-HT)又名血清素(serotonin)是中枢神经系统的重要递质,下丘脑、脑干和脊髓都存在血清素能神经元(serotonergic neuron),这些神经元及其轴索调控射精的全过程,选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)可抑制神经突触对5-HT的再摄取,可明显延长IELT,因而成为治疗PE有效的一线药物。5-HT要与其受体结合才能影响射精过程,5-HT受体家族中约有16个成员,并非每个成员均与射精有关,但在人体已经证实用5-HT_{2C}激动剂兴奋5-HT_{2C}可使IELT延长,推迟射精;相反,若用5-HT_{1A}激动剂兴奋5-HT_{1A}受体则可使IELT缩短,加速射精。5-HT受体其他成员与射精的关系尚未阐明。SSRIs有抗抑郁作用,原用于精神病抑郁症的治疗,但观察到这些药可使服用的病人有性高潮及射精延迟,甚至不射精等副作用,乃用于治疗PE,有良好效果。这类药物有

帕罗西汀 (Paroxetine)、氟西汀 (Fluoxetine)、舍曲林 (Sertraline)、氯丙咪嗪 (Clomipramine)、西酞普兰 (Citalopram) 和依地普兰 (Escitalopram) 等, 每天服这类药物中的一种 1~2 片, 几天以后即可显示射精延迟, 1~2 周后这种效果即很明显, 若不发生耐药 (tachyphylaxis), 延迟射精的作用可维持数年。药物的副作用通常很轻, 为疲乏、打呵欠、出汗、恶心等, 发生于开始服药的第 1、第 2 周, 到第 3 周以后逐渐消失, 停药也要缓慢进行, 突然停药会发生 SSRI 戒断综合征, 表现为震颤、恶心、头昏等^[5]。

陶林等^[6]用帕罗西汀 20mg 口服 QD, 治疗 4 周。IELT 从服药前的 (1.48 ± 0.71) min, 延长到治疗后的 (7.68 ± 3.99) min, 起效时间为服药后的 (5.68 ± 3.66) d, 患者及配偶的性交满意度普遍提高。此药对性欲的影响: 升高者占 50.67%, 降低者占 10.76%, 无变化者占 32.30%, 不良反应有头晕、失眠、疲乏、恶心、口干等, 但程度较轻, 持续时间为 (3.88 ± 1.98) d, 患者都能耐受。

(二) 肾上腺素能 α_1 受体阻滞剂

控制射精的周围神经是交感神经, α_1 受体阻滞剂可阻断交感神经, 使前列腺、膀胱颈、精囊和输精管等部位的平滑肌松弛, IELT 得以延长, 故可用来治疗 PE。四喃唑啉 (Terazosin) 和阿夫唑啉 (Alfuzosin) 是两种 α_1 受体阻滞剂, Cavallini^[7] 在设有安慰剂对照的研究中, 91 例 PE 口服四喃唑啉 5mg/d 或阿夫唑啉 6mg/d, 4 星期后约 50% 病人有明显疗效。

常德贵等^[8]用坦索罗辛 (Tamsulosin) 0.4mg 口服每日一次, 30d 为一疗程, 服用 1~3 个疗程, 治疗的 65 例 PE 中总有效率为 61.5%, 副作用发生率为 10.8%, 且均较轻微, 不影响治疗, 未经处理, 1 周后自行消失。

(三) 西地那非 (Sildenafil)

它是一种 5 型磷酸二酯酶 (PDE_5) 的拮抗剂, 主要用于治疗阴茎勃起功能障碍 (ED), 其治疗 PE 的机制可能是由于射精管、输精管、精囊和前列腺等的平滑肌内存在 PDE_5 , 西地那非阻断 PDE_5 , 使上述各部位平滑肌细胞内的环磷酸鸟苷水平升高, 平滑肌松弛舒张, 使 IELT 得以延长。Abdel-Hamid IA 等^[9]应用西地那非、氯丙咪嗪、舍曲林、帕罗西汀按需服用及挤捏 (Pause-Squeeze) 疗法治疗 31 例 PE, 治疗前 IELT 为 1min, 治疗后分别延长到 15、4、3、4、3min。西地那非在延长 IELT 方面明显优于其他 4 种疗法。

以上各种药物治疗 PE 均有效, 在服药方法上可分为每日服药、需要时服药和在每日服药的基础上按需服药。药物的疗效与剂量有个体差异, 故应通过实践摸索清这些个体差异, 宜先按需服药并探索有效的药物及其剂量, 若获成功, 则可达到降低不良反应和节约经费的双重目的; 若不成功, 则可改为每天服药或在此基础上的按需服药, 如此个体化以后才能使患者得到最大的效益。

(四) 阴茎局部涂药

用表面麻醉剂涂于阴茎的皮肤上以降低其敏感性可达到延迟射精的目的, 最常用的是 2% 利多卡因乳胶, 1995 年 Berkovitch 等^[10]用 2.5% 利多卡因和 2.5% 丙胺卡因 (Prilocaine) 配成药膏 (EMLA) 治疗 PE, 取得好效果。方法是在性交前将此药 2.5g 均匀地涂布在阴茎头和体部, 敷药时间可根据患者感觉到麻木程度而自行调节, 在性交前要用肥皂和水将药膏冲洗干净, 以免引起女方阴道及外阴麻木。EMLA 可使 82% PE 患者的 IELT 延长到 5~20min, 夫妻双方均感满意。

SS-Cream 是用生药成分制成的一种新型表皮涂药, 经动物试验证明无毒性, 此药可降低感觉神经兴奋性, 并能增加阴茎血流有助于勃起。Choi 等^[11]应用 SS-Cream 0.2g 对 156 例 PE 进行治疗, 设安慰剂对照组, 这些患者用药前的 IELT 为 (1.37 ± 0.12) min, 治疗前对照组性生活满意率为 0。治疗后用药组和对照组的 IELT 分别为 (10.92 ± 0.95) min 和 (2.45 ± 0.29) min, 性生活满意率分别为 82.19% 和 19.81%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。SS-Cream 药效平稳持久且安全, 除 18.49% 病人感局部灼热外, 无全身不良反应, 无性快感障碍, 女性阴道和外阴无麻木和其他不适。

(五) 尿道内给药

将前列腺素 E_1 (PGE_1) 注入前尿道可使阴茎勃起, 这种方法叫做 MUSE (Medicated urethral system for erection) 常用于治疗 ED, 以后又有改进, 即将 PGE_1 乳膏 (比法尔, Befar) 1000 μ g 滴入尿道或涂于阴茎头上, 30min 后即可起效, 有效率为 67%, 应用这些疗法后阴茎硬度一般较自己勃起的更强, 可持续较长时间的性交, 甚至在射精后仍不立即疲软, 尽管 PE 依然存在, 仍可维持勃起一段时间, 这对提高配偶性生活的满意度大有好处, 因而可用于 PE 病人。

三、PE 的行为治疗^[12]

行为治疗是夫妻双方在性交的方式方法中密切配

合以达到延迟射精的目的, 首先男方要体验快要射精时全身及局部的感觉, 在性交的过程中若出现这种感觉, 则可减慢或停止阴茎在阴道内的抽动, 等待这种感觉过去后再进行, 反复如此控制, 直至女方达到性高潮后再射精, 可达到双方性满足。性交时, 女方用手牵拉一侧睾丸向下, 可延迟射精; 另外, 性交时带阴茎套既可降低阴茎头的敏感性, 延缓射精, 又可预防性病传染。

通常的性交姿势是男方在上面, 阴茎插入阴道后男方主动活动骨盆使阴茎抽动, 女方则处于被动地位, 对于 PE 患者则可反其道而行之, 性交时可取女上位, 女方主动活动骨盆, 男方则被动性交, 可减少刺激, 延迟射精, 当然采取侧位或其他体位性交均可, 只要女方扮演主动角色, 这些行为治疗熟练掌握后可将性交时间延长到双方所需。

关键词 早泄 / 药物治疗, 治疗

中图分类号 R 698

参 考 文 献

- 1 Waldinger MD, Schweitzer DH. *J Sex Med* 2006; 3(4): 693-705
- 2 Althof SE. *World J Urol* 2005; 23(2): 89-92
- 3 Waldinger MD. *Expert Opin Emerg Drugs* 2006; 11(1): 99-109
- 4 Waldinger MD. *J Urol* 2002; 168(6): 2359-2367
- 5 Black K, Shea C, Dursun S, et al. *J Psychiatry Neurosci* 2000; 25(3): 255-261
- 6 陶林, 王春华, 叶其伟, 等. 中国男科学杂志 2001; 15(4): 256-257
- 7 Cavallini G. *Eur Urol* 1995; 28: 126-130
- 8 常德贵, 张蜀武, 邵继春. 中国男科杂志 2001; 15(4): 258
- 9 Abdel-Hamid IA, EI Naggar EA, EI Gilany AH. *Int J Impot Res* 2001; 13(1): 41-45
- 10 Berchovitch M, Keresteci AG, Koren G. *J Urol* 1995; 154(4): 1360-1361
- 11 Choi HK, Jung GW, Moon KH, et al. *Urology* 2000; 55(2): 257-261
- 12 戴明耀, 林枝安, 王仁顺. 医学临床研究杂志 2005; 22(2): 238-242
- 1 Waldinger MD, Schweitzer DH. *J Sex Med* 2006; 3(4): (2009-05-08 收稿)
- 14 Cederroth CR, Schaad O, Descombes P, et al. *Endocrinology* 2007; 148(11): 5507-5519
- 15 傅冷西, 李笃妙, 张建星, 等. 中华小儿外科杂志 2005; 26(4): 186-188
- 16 Kotula-Balak M, Gancarczyk M, Sadowska J, et al. *Eur J Histochem* 2005; 49(1): 59-62
- 17 Hejmej A, Gorazd M, Kosiniak-Kamysz K, et al. *Domest Anim Endocrinol* 2005; 29(3): 534-547
- 18 Bartlett JE, Washburn T, Eddy EM, et al. *Urol Res* 2001; 29(3): 163-167
- 19 Rochira V, Granata AR, Madeo B, et al. *Asian J Androl* 2005; 7(1): 3-20
- 20 Staub C, Rauch M, Ferriere F, et al. *Biol Reprod* 2005; 73(4): 703-712
- 21 Lee PC. *Endocrine* 1998; 9(1): 105-111
- 22 Hess RA, Zhou Q, Nie R, et al. *Reprod Fertil Dev* 2001; 13(4): 273-283
- 23 Weidner IS, Moller H, Jensen TK, et al. *J Urol* 1999; 161(5): 1606-1609
- 24 Sasaki M, Tanaka Y, Sakuragi N, et al. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59(5-6): 389-393
- 25 Yoshida R, Fukami M, Sasagawa I, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 90(8): 4716-4721
- 26 Galan JJ, Guarducci E, Nuti F, et al. *Hum Reprod* 2007; 22(2): 444-449
- 27 Aschim EL, Giwercman A, Stahl O, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90(9): 5343-5348

(2009-04-20 收稿)

(上接第 69 页)