

口服氟西汀结合行为疗法治疗早泄临床研究

周小川^{1,2}, 姜 睿¹ (1. 四川省泸州医学院附属医院泌尿外科 646000;
2. 重庆市合川区人民医院泌尿外科 401520)

【摘要】 目的 研究氟西汀结合行为疗法治疗早泄的临床疗效。**方法** 90 例早泄患者随机以氟西汀加行为疗法或单纯行为疗法双盲治疗 6 周, 以中国早泄患者性功能评价表-5 (CIPE-5) 积分、射精潜伏期、夫妻双方满意度为疗效观察指标。**结果** 两组治疗后 CIPE-5 积分、射精潜伏期均有增加 ($P < 0.05$); 治疗后的氟西汀加行为疗法组有效率为 78.2%, 单纯行为疗法组为 51.1%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 氟西汀加行为疗法组性生活满意度为 76%, 单纯行为疗法组为 48%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 氟西汀是治疗早泄的有效药物, 结合行为疗法治疗可显著提高其疗效。

【关键词】 早泄; 氟西汀; 行为疗法

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.020 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)24-2985-02

The clinic controlled study on the efficacy of fluoxetine and behavior for treatment of premature ejaculation ZHOU Xiao-chuan^{1,2}, JIANG Rui¹ (1. Department of Urology, the Affiliated Hospital of Luzhou Medical College, Luzhou, Sichuan 646000; 2. People's Hospital of Hechuan City of Chongqing, Hechuan 401520)

【Abstract】 Objective In order to assess the clinic efficacy of treating premature ejaculation with fluoxetine and behavior. **Methods** 90 patients were randomly divided into simple behavior group and fluoxetine with Behavior group, the integra of CIPE-5, latency of ejaculation and satisfaction of both sides were recorded to observe the effect. **Results** After treatment, There were significant differences between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** These findings suggest fluoxetine is effective treatment for premature ejaculation, and its effects will be higher when combined with behavior therapeutics.

【Key words】 premature ejaculation; fluoxetine; behavior therapy

早泄是常见的男性性功能障碍, 指男性在性交时失去控制射精能力, 阴茎插入阴道之前或刚插入即射精, 发病率占成年男性的 35%~50%^[1]。近年的研究发现早泄的发生与年龄呈正相关, 并与焦虑也呈正相关^[2]。故作者采用抗抑郁药物联合行为疗法治疗早泄, 研究其疗效和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2006 年 6 月至 2010 年 6 月本院收治的初诊早泄患者 90 例, 年龄 23~51 岁, 平均 (33.15 ± 6.58) 岁; 发病时间 5 周至 3 年, 平均 (1.50 ± 0.45) 年。

1.2 入选标准 (1) 符合美国精神病协会《精神疾病诊断和统计手册第 4 版 (DSW. IV)》(2000 年) 以及美国泌尿外科学会的早泄诊断标准 (2004 年), 且射精潜伏期 (指从阴茎插入阴道到射精的时间) 短于 2 min 或未插入阴道即射精者; (2) 近期不准备生育者; (3) 已婚或有固定性伴侣, 有较稳定和规律性生活者; (4) 无包茎或明显包皮过长者; (5) 自愿进行临床观察并能坚持完成疗程者。排除标准: (1) 合并器质性疾病者; (2) 合并心血管、肝、肾或造血系统疾病或精神病者; (3) 严重糖尿病、脑脊髓损伤、恶性肿瘤患者或外科手术以及服用其他相关药物者; (3) 未按规定用药以致无法判断疗效, 或资料不全等影响观察或安全性判断者。

1.3 方法

1.3.1 随机双盲法 将所有患者分为单纯行为疗法治疗组 (A 组) 和行为疗法联合氟西汀药物治疗组 (B 组)。由药剂师

将氟西汀和淀粉分装在外观相同的 A、B 胶囊内, A 胶囊内含相同剂量淀粉, B 胶囊含氟西汀 20 mg。A 组服用 A 胶囊, B 组服用 B 胶囊, 开始服用剂量为每晚 1 粒, 连用 6 周, 治疗结束后由药剂师解盲。

两组的年龄、病程比较差异无统计学意义, 具可比性, 两组填写中国早泄患者性功能评价表-5 (CIPE-5)^[3] 积分均小于 18 分 (填写内容包括, Q1: 射精潜伏期; Q2: 控制射精困难程度; Q3: 患者性生活满意度; Q4: 配偶性生活满意度; Q5: 患者性生活焦虑程度)。

1.3.2 行为疗法 分为以下几步进行: 首先进行性知识普及教育, 从而修正部分患者对早泄的不正确认识。(1) 自我训练。以左手或右手抚摸阴茎龟头及阴茎体, 由弱到强, 由慢到快, 到稍有射精感觉立即停下来, 并以手指迅速挤压阴茎根部。直到阴茎稍有疲软之时, 再进行 2 次抚弄刺激。阴茎再次勃起, 再到有射精感觉时, 以手指迅速挤压阴茎根部, 直到阴茎疲软。每晚如此训练 3~5 次, 使射精潜伏期控制在 8~10 min 时转入第二步训练。(2) 由患者配偶配合训练。首先做好配偶思想工作, 去除害羞偏见, 由配偶操作练习, 方法同上。稍有射精感觉, 嘱配偶立即停止刺激, 并用力挤压阴茎根部, 直到稍有疲软, 再进行第 2 次刺激。其他方法类似自我训练。每晚练习 3~5 次, 使射精潜伏期控制在 8~10 min 时转入第三步训练。(3) 性生活训练。进行以上两疗程练习后开始进行性生活实践训练。性交时采用动-停-动行为疗法, 同房前充分性爱抚, 阴

茎进入阴道后由不动至缓动至小幅度旋动,待配偶将达高潮时做抽动动作。

1.4 疗效判定 观察指标:比较治疗前后两组患者射精潜伏期、CIPE-5 问卷评分。疗效判断:射精潜伏期延长 2 min 以上为有效;CIPE-5 评分大于 18 分为有效,同时记录各种不良反应。满意度标准:服药后射精潜伏期延长,夫妻双方对性生活感到满意。

1.5 统计学分析 结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSS10.0 统计软件进行配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者射精潜伏期改善情况 治疗 6 周后,两组患者性生活质量都有明显提高。A 组射精潜伏期与治疗前比较,平均延长了 1.5 min,治疗前、后差异有统计学意义 ($P < 0.05$);B 组射精潜伏期与治疗前比较,平均延长了 2.5 min,治疗前、后差异有统计学意义 ($P < 0.05$);两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者 CIPE-5 改善情况 两组患者经过治疗 6 周后,CIPE-5 评分都有显著改善。A 组治疗前后 CIPE-5 分别为 (9.2 ± 2.7) 分和 (17.3 ± 2.1) 分,治疗前后差异有统计学意义 ($P < 0.05$);B 组治疗前、后 CIPE-5 分别为 (9.4 ± 2.5) 分和 (21.6 ± 2.9) 分,治疗前后差异也有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者有效率 A 组治疗有效 23 例,有效率为 51.1%,B 组有效 35 例,有效率为 78.2%,两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者性交满意度 A 组患者性交满意 22 例,满意度为 48%,B 组满意 34 例,满意度为 76%,两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

早泄是最常见的男性性功能障碍之一,其发病率仅次于勃起功能障碍,对于早泄的定义至今仍无一个统一的标准。大多数学者比较认可是指男性性交时失去控制射精能力,在阴茎插入阴道前或插入阴道后不久就射精,平均阴道内射精潜伏期短于 2 min,并引起夫妻双方精神、心理上的烦恼。其原因可以是多方面的,有心理性因素,也有器质性因素。心理因素如自卑、不安感、丧失对性生活的信心、性知识的缺乏、性生活中的紧张、夫妻配合不好。早泄也可以是由于阴茎感觉过敏,或中枢、感觉及传导神经兴奋性增高等器质性因素所致。目前治疗早泄主要的方法有:行为治疗、局部麻醉、抗抑郁药、选择性 5 羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂、中药等。作者采用了行为治疗,同时结合药物治疗来探索治疗早泄的方法。

行为治疗是最早应用于临床治疗早泄的方法,早在 1955 年, Semans^[4] 提出了“停止-开始”训练法,1970 年 Master 和 Johnson^[5] 提出了性感集中训练,2003 年关仁龙^[6] 按 Master 和

Johnson 提出的性感集中训练为基本模式,结合中国国情利用系统脱敏理论进行适当改良,建立了比较规范的“感觉集中训练”法治疗早泄,取得良好效果。本研究证实,行为疗法在临床治疗早泄中起到一定疗效,与治疗前比较,A 组平均延长了 1.5 min,但有效率不是太高,很多未入组患者因难以坚持训练而放弃治疗。入组患者虽能坚持配合训练,但由于大多数早泄患者伴有忧郁、不安、精神异常等综合征,虽服用安慰剂但疗效仍不明显。

氟西汀属于选择性 5-HT 再吸收抑制剂。神经药理学研究发现抑制 5-HT 的再吸收可以延迟男性射精冲动。其作用机制是:下丘脑内侧视前区和室旁核发出的下行传导到达脑干的 5-HT 能旁巨细胞核后,nPGi 的 5-HT 能下行传导投射至腰骶部脊髓运动核,可对射精过程产生紧张性抑制^[7]。通过本研究也证实氟西汀是治疗早泄的有效药物,与治疗前比较,B 组平均延长了 2.5 min。但氟西汀的适宜剂量和个体化治疗方案有待进一步深入研究。B 组每晚口服氟西汀 20 mg,有效率较 A 组明显提高,且差异有统计学意义,进一步说明氟西汀联合行为疗法是一种较可靠的改善男性早泄的方法。

本组研究表明,通过行为疗法可以使患者射精潜伏期明显延长,说明行为疗法对早泄有治疗作用。B 组与 A 组相比,能提高 CIPE-5 积分,延长其射精潜伏期,并且差异有统计学意义,显示了较行为疗法更好的治疗效果,值得在临床中推广。

参考文献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 山东:山东科学技术出版社. 2005:2.
- [2] Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner [J]. J Public Health Med, 1997, 19 (4): 387-392.
- [3] 袁亦铭, 辛钟成, 金泰乙, 等. 中国早泄患者性功能评价表对早泄患者的多维评估[J]. 中国男科学杂志, 2003, 17 (5): 302-306.
- [4] Semans JH. Premature ejaculation: a new approach [J]. South Med J, 1956, 49(4): 353-358.
- [5] Master WH, Johnson VE. Human Sexual inadequacy [M]. Boston: little Brown CO, 1970: 88.
- [6] 关仁龙. 行为疗法治疗早泄的临床研究[J]. 中国男科学杂志, 2003, 17(5): 311-313.
- [7] Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation [J]. J Urol, 2002, 168(6): 2359-2367.

(收稿日期:2011-08-24)

欢迎投稿

欢迎订阅