

· 临床 ·

勃起功能障碍和早泄共病中西医结合诊治中国专家共识

中国性学会中医性学分会专家共识编写组

[摘要] 目前,国内对于勃起功能障碍(ED)/早泄(PE)共病的中西医结合诊疗和管理缺乏共识,为制订ED/PE共病中西医结合临床诊疗策略,根据近年来国内外发布的ED/PE共病指南并结合全国多家泌尿外科、男科研究单位的临床实践,中国性学会中医性学分会组织相关临床专家根据现有的循证医学证据,经共识起草、学会审核、专家函审访谈、审稿会的程序充分讨论形成本共识。该共识针对中西医结合的诊疗定位和价值,基于医生临床经验、研究证据、患者意愿和生活环境因素,综合评估做出ED/PE共病的中西医结合诊治规范,为更多患者在诊疗进程中获益。中医诊断注重望诊、闻诊、问诊、切诊四诊信息的收集,并据此进行《伤寒论》六经辨证、卫气营血辨证、脏腑辨证。基于中西医协同方式,发挥中医药整体调节的优势,实施个性化中西医结合治疗。中药内服治疗根据《中医外科学》第四章外科疾病的辨证第二节阴阳辨证。《类经·阴阳类》“人之疾病……必有所本,或本于阴,或本于阳,病变虽多,其本则一。”《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”该共识依据“八纲辨证,首辨阴阳”分为阳证、阴证两类。此外,对ED/PE共病的证型证候,基于异病同治有应用柴胡桂枝汤、温经汤、补中益气汤治疗本病,可以参考。

[关键词] 勃起功能障碍(ED);早泄(PE);ED/PE共病;中西医结合;共识

[中图分类号] R2-0;R22;R285.5;R2-031;R259;R698 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2024)07-0147-07

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20241093

[网络出版地址] <https://link.cnki.net/urlid/11.3495.R.20240201.1545.004>

[网络出版日期] 2024-02-02 13:16:01

Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation Comorbidity Diagnosis and Treatment by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Chinese Expert Consensus

Expert Consensus Writing Group of Branch of Sexology of Traditional Chinese Medicine,
China Sexology Association

[Abstract] At present, there is a lack of consensus on the diagnosis, treatment and management of erectile dysfunction(ED)/premature ejaculation(PE) comorbidity in China. To develop a clinical diagnosis and treatment strategy for ED/PE comorbidity, according to the guidelines for ED/PE comorbidity published in China and abroad in recent years and combined with the clinical practice of many urology and andrology research units in China, the clinical experts organized by the Branch of Sexology of Traditional Chinese Medicine, China Sexology Association formed this consensus through consensus drafting, academic review, expert correspondence interview and full discussion at the review meeting based on the existing evidence-based medical evidence. Based on the clinical experience of doctors, research evidence, patients' wishes and living environment factors, this consensus comprehensively evaluates the diagnosis and treatment norms of ED/PE comorbidity with integrated traditional Chinese and Western medicine, aiming at the diagnosis and treatment orientation and value of integrated traditional Chinese and Western medicine, so as to benefit the whole process management of more patients. Traditional Chinese medicine diagnosis pays attention to the collection of four diagnostic information of inspection, auscultation, inquiry and palpation, and carries out pattern differentiation of six meridians, pattern differentiation of Wei-defence, Qi, Ying nutrients and blood, and pattern differentiation of zang-fu organs as

[收稿日期] 2023-09-14

[基金项目] 国家自然科学基金项目(8210151610);中华中医药学会青年人才托举工程项目(2022-QNRC2-A06)

described in the *Shanghanlun* (《伤寒论》). Based on the synergy of traditional Chinese and Western medicine, the advantages of the overall regulation of traditional Chinese medicine are brought into play, and the individualized treatment of integrated traditional Chinese and Western medicine is implemented. Internal treatment of traditional Chinese medicine is based on the pattern differentiation of yin and yang described in Section II, Chapter IV Syndrome Differentiation of Surgical Diseases in *Surgery of Traditional Chinese Medicine*. As stated in *Leijing: Yinyanglei* (《类经·阴阳类》), "Human diseases ... must have their roots, either in Yin or in Yang. Although there are many pathological changes, their roots are one." *Huangdineijing: Suwen: Yinyangyingxiangdalun* (《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》) states that "Those who are good at diagnosis should look at the color and pulse, and differentiate Yin and Yang syndromes first." This consensus describes the yang and yin syndromes according to the principle that "Yin and Yang syndromes differentiation should be the priority in the pattern differentiation by the eight principles." In addition, for the syndromes of ED/PE comorbidity, based on the same treatment of different diseases, Chaihu Guizhitang, Wenjingtang and Buzhong Yiqitang are used, which can be referred to.

[Keywords] erectile dysfunction; premature ejaculation; erectile dysfunction(ED)/premature ejaculation (PE)comorbidity; combination of traditional Chinese medicine with Western medicine; consensus

勃起功能障碍(ED)和早泄(PE)共病以下简称“ED/PE共病”,是男性较为常见的两种性功能障碍疾病,ED/PE经常共存,且相互影响^[1-2]。患者先发ED,后发生PE;先发生PE后发生ED;或ED、PE同时发病,其病因病理机制、临床特点、治疗方案并不完全一致。生存与生殖是人性的基本,性功能障碍对生殖健康、社会心理和情绪产生较大影响,目前ED/PE共病的定义、诊断、病理生理机制等相关研究较少。因此基于医生临床经验、研究证据、患者意愿和生活环境因素,综合评估做出诊疗建议,中国性学会中医性学分会组织相关临床专家根据现有的循证医学证据共同研究并制定本共识,以期对ED/PE共病提供科学、规范的中西医结合诊疗方案。

1 流行病学

多项流行病学研究证实ED/PE经常共存。一项来自中国的研究,调查了5 210例包含中国30个省区市的年龄在40岁以上的非住院男性,发现40岁以上男性的ED患病率为40.56%^[3]。有研究调查了4 997例来自亚太地区的、针对有稳定异性性关系的男性,结果显示为30%的PE男性报告有ED。有研究调查了3 016例安徽省的男性,研究显示ED患者中PE的发生率为33.67%^[4-5]。对年龄在20~60岁的937例性关系稳定的男性进行调查,发现患有ED的受试者的PE患病率高于没有ED的受试者(19.5%:2.0%, $P<0.001$),PE患者的ED患病率高于没有PE的受试者(76.3%:19.4%, $P<0.001$)^[6]。

2 ED/PE共病的病理生理机制

ED的病因学分类常见有器质性、心理性和混

合性3种,器质性ED主要包括血管性、神经性、解剖性、内分泌等;心理性ED主要有焦虑、抑郁、关系冲突等问题;研究显示ED多为混合性ED,常为多种致病因素相互作用^[7-8]。PE的病因学:病因主要涉及神经、内分泌和肌肉功能、心理等多种因素,基础和临床研究表明,PE是一种神经生物学功能障碍,主要包括阴茎超敏反应、过度兴奋的射精反射、性兴奋易激动、内分泌疾病、遗传易感性和中枢5-羟色胺(5-HT)受体功能障碍、前列腺炎等^[9-10]。ED/PE都伴随更高的状态焦虑评分,相关研究表明勃起功能与射精控制和性满意度有关^[11-12]。

3 ED/PE共病的中医病因病机

ED在中医归属于“阳痿”“阴痿”“筋痿”等范畴,PE在中医归属于“早泄”“鸡精”“见花谢”等范畴。肾藏精,为先天之本,主生殖,司闭藏;肝藏血,主宗筋,喜条达,司疏泄;脾主升清运化,为后天之本,气血生化之源,统血而有固摄之职;心蕴君火,主神明,司血脉,为情欲之始。男子同房之时,情欲之起落,阳事之强弱,精关之开阖,与心、肝、脾、肾的脏腑功能及精、卫气、营血等物质基础密切相关,故精、卫气、营血亏虚或失畅,脏腑功能不及或太过,均有可能导致ED/PE共病的发生与发展^[13-14]。中医古籍对ED/PE共病虽无明确记载,基于ED/PE共病的发病与临床特点、研究证据认为ED/PE共病的中医病因病机有以下几个方面^[15-16]。

①饮食不节:过食肥甘厚味,吸烟饮酒无度,嗜食生冷,酿湿生热,内阻中焦,耗伤脾气,郁蒸肝胆,酿湿生痰,湿热、痰湿下注阴器,阻滞气血,扰乱精

关,而成阳痿早泄;或饮食偏嗜,摄入不足,饥饱无常,气血不荣,不能充养宗筋,固摄失司,而成阳痿早泄。

②情志不调:同房阳旺之时,暴受惊恐或乍视恶物,恐则气下,阳精即泄,阳道立痿;暴怒气逆、心烦焦虑、悲伤抑郁、所欲不遂可扰乱气机,气失条达,血行不畅,肝失疏泄而致阳痿早泄。

③劳逸失衡:平素不节房事,恣情纵欲,或手淫过度,以欲竭精,务快其心,逆于生乐,或劳心劳力太过,久行久立,戕伐肾气,伤精损血,亏耗真阳,渐成阳痿早泄;亦有过度安逸者,久坐久卧,或久旷房事,气血不通,败精阻窍,渐成阳痿早泄。

④体虚久病:先天禀赋不足,素体亏虚,生之而来即肾精不充,肾气不固;或年老体衰,天癸渐竭;或大病久病,伤及肾中精气,瘀阻经络血脉。阴器失于濡养,固摄无权,精关不固,而致阳痿早泄。

⑤外感邪毒:外感六淫,或贪凉喜冷,坐卧湿地,酷暑蒸腾,居处不佳,可致腠理开阖失司,气血运行滞涩,宗筋弛纵,而致阳痿早泄;亦有感受疫疔特殊之毒者,毒邪循经侵袭阴器,损伤正气,宗筋气血不通或不荣,而成阳痿早泄。

4 ED/PE 的共病诊断

4.1 病史和性生活史采集 现病史、性生活史是诊断ED/PE共病的重要依据。详细的询问患者是否有性欲,勃起困难,勃起硬度,有无中途疲软,有无性快感,射精前疲软还是射精后疲软,常用来诊断患者是ED,或者是PE。ED/PE共病的严重的程度,依据国际勃起功能指数(IIEF5)评分及早泄诊断工具(PEDT)评分初步判断ED/PE的严重程度。

4.2 体格检查 对每位患者进行生殖系统、泌尿系统、内分泌系统、心血管系统和神经系统的检查。

4.3 实验室检查 根据患者的主诉、就诊需要解决的主要问题、危险因素及ED/PE的严重程度进行针对性的检查^[17-18]。

4.3.1 血液检测 包括空腹血糖、糖化血红蛋白、血脂、性激素检测、甲状腺激素、血清尿素氮与肌酐(BUN/Cr)值、全血细胞计数等。ED/PE共病的患者可能存在心血管疾病风险^[19]。

4.3.2 特殊检查 评估勃起功能的检查包括:(1)RigiScan,主要用于鉴别心理性勃起功能障碍和器质性勃起功能障碍,并能对勃起功能障碍的严重程度进行分级;(2)评估阴茎血管功能可行海绵体内注射试验;(3)诊断血管性ED可行阴茎彩色双功能超声;(4)对阴茎彩色多普勒异常的患者可行动脉造影和动态海绵体造影^[20-22]。(5)检查评估射精功

能,可行阴茎神经电生理检查:①阴茎生物感觉阈值测定;②阴茎背神经体性感觉诱发电位测定;③球海绵体反射潜伏期测定^[23]。

如果患者以上同时符合ED和PE的检查诊断标准,可考虑为ED/PE共病。

中医诊断注重望诊、闻诊、问诊、切诊四诊信息的收集,问诊参考陈修园《医学实在易》中的《十问歌》进行,并据此进行《伤寒论》六经辨证、卫气营血辨证、脏腑辨证。见图1。

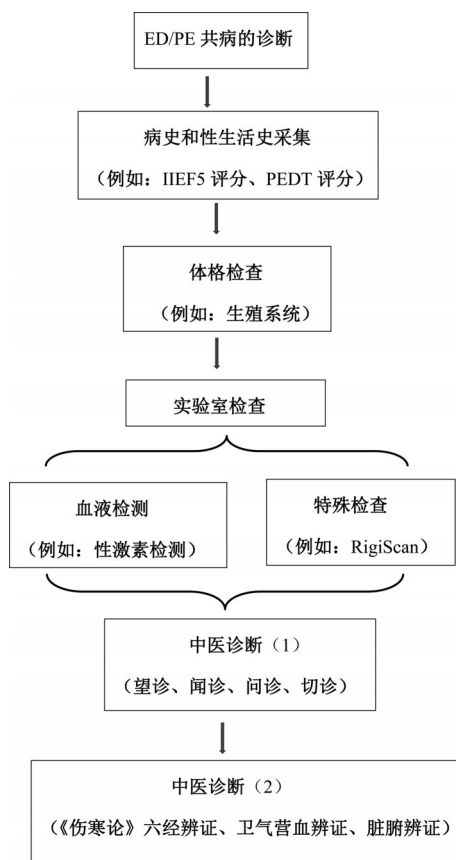


图1 ED/PE 共病的诊断流程

Fig. 1 Diagnosis process of ED/PE comorbidity

5 ED/PE 共病的治疗

基于中西医协同方式,发挥中医药整体调节的优势,实施个性化中西医结合治疗;重视病因治疗,改善ED/PE相关评分,延缓ED/PE共病的进程,提高患者的依从性^[23]。

5.1 基础治疗 重视病因治疗,注意评估ED和PE各自风险因素和相应的治疗。改善生活方式,如适当的增加运动、合理膳食、严格控制脂肪摄入,控制体质量及保持良好的心态等,提高患者的依从性。防治基础疾病,如对于有明确基础疾病(心脑血管疾病、糖尿病、内分泌异常、精神心理疾病)的患者,应予以治疗。

5.2 心理行为疗法 全面分析并评估ED/PE共病患者存在的心理问题,疏导其内心恐惧和缓解焦虑抑郁心理,心理治疗主要是帮助患者充分面对自己的性功能障碍,消除对性生活的恐惧、焦虑、抑郁情绪,促进患者与性伴侣的密切沟通。性心理治疗可以联合行为疗法,行为疗法主要包括“动-停”方法和“挤压”方法等^[11,24]。

5.3 口服药物联合疗法 口服药物推荐选择性5-HT再摄取抑制剂(SSRIs)联合使用磷酸二酯酶5(PDE5)抑制剂(PDE5I)。

治疗ED的一线口服药物是PDE5I,临床上常用的有西地那非、他达拉非、伐地那非等。治疗PE的一线口服药物是SSRIs,临床上常用的是达泊西汀。研究发现,单独使用PDE5I治疗早泄也有一定的效果,但是PDE5I治疗早泄的作用机制尚不明确,并且属于超适应症应用,因此有待后续进一步临床研究和寻求进一步循证医学证据^[25-26]。与治疗ED相似,PDE5I治疗早泄可能会出现头痛、头晕、和潮红等不良反应。有学者尝试PDE5I联合达泊西汀治疗PE和ED。具体的联合用药方案可采用盐酸达泊西汀,同时服用他达拉非或西地那非或伐地那非。盐酸达泊西汀联合他达拉非或者西地那非用药引起的不良反应包括恶心、头晕、心悸心慌等,需要临床关注的是联合用药后出现意识短暂不清的案例报道,联合用药安全性还需要进一步的评估分析^[27-28]。

5.4 PDE5I联合表面麻醉药物 PE患者由于阴茎背神经的兴奋性,特别是龟头的感觉神经兴奋性比正常人高出现射精时间短,临床上常用局部表皮涂麻醉药来降低阴茎头敏感性,延长射精潜伏期。常用麻醉剂成分包括利多卡因、丙胺卡因或与其他药物配伍构成的不同组合,剂型常见凝胶、乳膏、喷剂等,在性生活前5~10 min涂抹或者喷雾于阴茎前端、系带周围^[24]。临床推荐使用PDE5I如西地那非、他达拉非、伐地那非联合表面麻醉治疗ED/PE共病患者,对该联合疗法,需要评估对麻醉所带来的阴茎刺激损害及远期不良反应。

5.5 手术治疗及其他疗法 ED手术方式包括阴茎假体植入术、阴茎静脉漏手术、阴茎动脉重建手术等,但血管手术治疗效果并不理想,不良反应较大,而PE手术治疗主要有阴茎背神经选择性切断术,然而该手术的疗效还缺乏足够的循证医学证据,临床应审慎选择^[29]。因此ED/PE共病时慎重考虑手术。其他疗法如低能量超声波、负压吸引等,有待进一步探索。

5.6 中医治疗

5.6.1 中药内服治疗 根据《中医外科学》第四章外科疾病的辨证第二节阴阳辨证。阴阳是辨别疾病性质的两纲,是八纲的总纲,《类经·阴阳类》“人之疾病……必有所本,或本于阴,或本于阳,病变虽多,其本则一。”《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”本共识依据“八纲辨证,首辨阴阳”分为阳证、阴证两类。

(1)阳证:“阳、表、实、热”。

湿热瘀滞

治法:清热利湿,理气活血。方药:龙胆泻肝汤(《医方集解》)、八正散(《太平惠民和剂局方》)、萆薢分清饮(《医学心悟》)合桂枝茯苓丸(《金匱要略》)。备选方:三仁汤(《温病条辨》)/少腹逐瘀汤(《医林改错》)。中成药:龙胆泻肝丸、桂枝茯苓丸、萆薢分清丸。

(2)阴证:“阴、里、虚、寒”。

①肾气不足

治法:补益肾气。方药:金匱肾气丸(《金匱要略》)。备选方:济生肾气丸(《济生方》)。

②肾阳虚

治法:温肾壮阳。方药:右归丸(《景岳全书》)。备选方:赞育丹(《景岳全书》)。中成药:龟龄集。

③肾阴虚

治法:滋阴补肾。方药:左归丸(《景岳全书》)。备选方:大补阴丸(《丹溪心法》)。中成药:六味地黄丸。

④脾肾两虚

治法:健脾补肾。方药:无比山药丸(《备急千金要方》)。备选方:大补元煎(《景岳全书》)。中成药:还少丹。

(3)其他:复习文献(临床研究、案例报道、医家经验),对ED/PE共病的证型证候,基于异病同治有应用柴胡桂枝汤、温经汤、补中益气汤治疗本病,可以参考文献^[30-33]。

柴胡桂枝汤(《伤寒论》),具有和解少阳,调和营卫之功效。简明处方:柴胡10 g、黄芩10 g、姜半夏10 g、生姜10 g、人参10 g、炙甘草6 g、大枣15 g、桂枝10 g、白芍10 g。

温经汤(《金匱要略》),具有温经散寒,养血祛瘀之功效。简明处方:吴茱萸5 g、桂枝10 g、阿胶6 g、川芎10 g、牡丹皮10 g、当归6 g、白芍10 g、人参10 g、姜半夏10 g、麦冬10 g、生姜10 g、炙甘草6 g。

补中益气汤(《脾胃论》),具有调补脾胃,益气

升阳,甘温除热之功效。简明处方:黄芪20 g、人参10 g、当归6 g、陈皮10 g、升麻6 g、柴胡10 g、白术10 g、炙甘草6 g。

5.6.2 中药外治 用蛇床子、菟丝子、五倍子、吴茱萸、蒺藜、两面针、虎杖等。中药水煎后用热气熏阴茎头部,待温度适宜后浸泡阴茎^[34]。

5.6.3 针灸治疗 传统针灸疗法着重心肝肾、调神

调气血的作用,针刺取穴以心经、肝经、肾经、任督脉为主。常选用的主穴:太溪、气海、关元、中极、次髎、三阴交、太冲、肾俞、足三里,每日或者隔日1次针刺,行捻转补泻法,留针20~30 min,也可以随证加减取穴、配合艾灸疗法^[35-36]。

ED/PE共病的辨证论治流程见图2,ED/PE共病的治疗流程见图3。

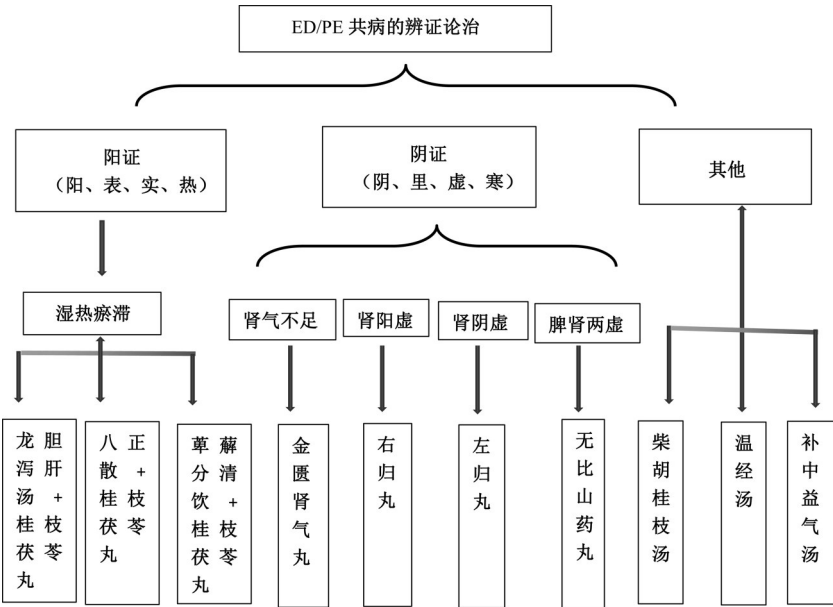


图2 ED/PE共病的辨证论治流程

Fig. 2 process of syndrome differentiation and treatment of ED/PE comorbidity

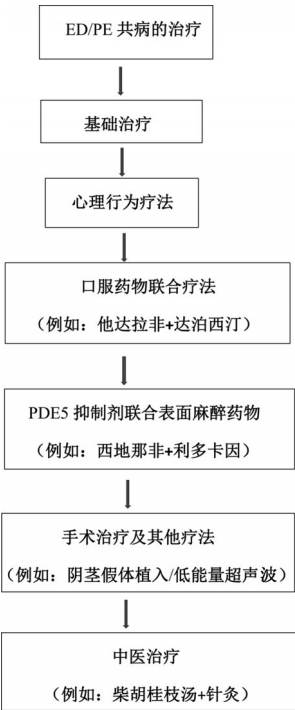


图3 ED/PE共病的治疗流程

Fig. 3 Treatment process of ED / PE comorbidity

- 共识编写组成员
- 顾问
- 姜辉 北京大学第一医院
- 组长
- 王权胜 广西中医药大学第一附属医院
- 专家组成员(按姓氏笔画排序)
- 王澍弘 重庆大学附属三峡医院
- 毕焕洲 北京中医药大学深圳医院(龙岗)
- 张春和 云南省中医医院
- 张瑞 黑龙江中医药大学第二附属医院
- 陈建设 河南省中医院
- 祝雨田 北京大学第三医院
- 郁超 上海中医药大学附属龙华医院
- 高瞻 中国中医科学院西苑医院
- 钱彪 赣南医学院第一附属医院
- 崔云 浙江中医药大学附属宁波中医院
- 郭巍 西宁市第一人民医院
- 蔡剑 成都中医药大学附属医院
- 戴玉田 南京大学医学院附属鼓楼医院

秘书

王悦良 广西中医药大学第一附属医院

代波 广西中医药大学第一附属医院

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] BRODY S, WEISS P. Erectile dysfunction and premature ejaculation: Interrelationships and psychosexual factors[J]. J Sex Med, 2015, 12(2): 398-404.
- [2] CHIN C W, TSAI C M, LIN J T, et al. A cross-sectional observational study on the coexistence of erectile dysfunction and premature ejaculation[J]. Sex Med, 2021, 9(6): 100438.
- [3] ZHANG X, YANG B, LI N, et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Chinese adult males[J]. J Sex Med, 2017, 14(10): 1201-1208.
- [4] MCMAHON C G, LEE G, PARK J K, et al. Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in the Asia-Pacific region[J]. J Sex Med, 2012, 9(2): 454-465.
- [5] GAO J, ZHANG X, SU P, et al. Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: A large observational study in China[J]. J Sex Med, 2013, 10(7): 1874-1881.
- [6] TSAI W K, CHIANG P K, LU C C, et al. The comorbidity between premature ejaculation and erectile dysfunction-A cross-sectional internet survey[J]. Sex Med, 2019, 7(4): 451-458.
- [7] BARBONETTI A, D'ANDREA S, CAVALLO F, et al. Erectile dysfunction and premature ejaculation in homosexual and heterosexual men: A systematic review and Meta-analysis of comparative studies[J]. J Sex Med, 2019, 16(5): 624-632.
- [8] 中华医学会男科学分会勃起功能障碍诊断与治疗指南编写组. 勃起功能障碍诊断与治疗指南[J]. 中华男科学杂志, 2022, 28(8): 722-755.
- [9] BARATA B C. Affective disorders and sexual function: from neuroscience to clinic[J]. Curr Opin Psychiatry, 2017, 30(6): 396-401.
- [10] 早泄与勃起功能障碍共病诊疗中国专家共识编写组. 早泄与勃起功能障碍共病诊疗中国专家共识[J]. 中华男科学杂志, 2021, 27(5): 461-466.
- [11] 张亚东, 郭军, 张春影, 等. 勃起功能障碍合并早泄诊治的医患沟通专家共识[J]. 中国男科学杂志, 2016, 30(9): 58-62.
- [12] CAPOGROSSO P, JENSEN C, RASTRELLI G, et al. Male sexual dysfunctions in the infertile couple-recommendations from the european society of sexual medicine (ESSM)[J]. Sex Med, 2021, 9(3): 100377.
- [13] 王琦, 秦国政. 王琦男科学[M]. 3版. 郑州: 河南科学技术出版社, 2021: 61-73.
- [14] 何清湖, 秦国政. 中西医结合男科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 13-35, 217-242.
- [15] 北京中医药学会男科疾病专家共识组. 勃起功能障碍中西医结合药物治疗专家共识[J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(4): 59-62.
- [16] 北京中医药学会男科疾病专家共识组. 早泄中西医结合药物治疗专家共识[J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(6): 93-96.
- [17] GHANEM H M, SALONIA A, MARTIN-MORALES A. SOP: Physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction[J]. J Sex Med, 2013, 10(1): 108-110.
- [18] O'CONNOR D B, LEE D M, CORONA G, et al. The relationships between sex hormones and sexual function in middle-aged and older European men[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2011, 96(10): E1577-E1587.
- [19] BECK R W, BERGENSTAL R M, LAFFEL L M, et al. Advances in technology for management of type 1 diabetes[J]. Lancet, 2019, 394(10205): 1265-1273.
- [20] ZOU Z, LIN H, ZHANG Y, et al. The role of nocturnal penile tumescence and rigidity (NPTR) monitoring in the diagnosis of psychogenic erectile dysfunction: A review[J]. Sex Med Rev, 2019, 7(3): 442-454.
- [21] FERNÁNDEZ-PASCUAL E, GONZALEZ-GARCÍA F J, RODRÍGUEZ-MONSALVE M, et al. Surgical technique for complex cases of Peyronie's disease with implantation of penile prosthesis, multiple corporeal incisions, and grafting with collagen fleece[J]. J Sex Med, 2019, 16(2): 323-332.
- [22] SIKKA S C, HELLSTROM W J, BROCK G, et al. Standardization of vascular assessment of erectile dysfunction; Standard operating procedures for duplex ultrasound[J]. J Sex Med, 2013, 10(1): 120-129.
- [23] SALONIA A, BETTOCCHI C, BOERI L, et al. European Association of Urology guidelines on sexual and reproductive health-2021 update: Male sexual dysfunction[J]. Eur Urol, 2021, 80(3): 333-357.
- [24] 黄华武, 黄群, 黄勇平, 等. 他达那非与表面麻醉剂外用联合心理行为干预对勃起功能障碍伴早泄的临床疗效[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2014, 34(11): 1626-1630.
- [25] XU Z, LIU C, LIU S, et al. Comparison of efficacy and safety of daily oral L-arginine and PDE5Is alone or combination in treating erectile dysfunction: A systematic review and Meta-analysis of randomised controlled trials[J]. Andrologia, 2021, 53(4): e14007.
- [26] 王瑞, 郑涛, 张天标, 等. 西地那非规律服用治疗勃起功能障碍疗效及安全性评估[J]. 中华男科学杂志, 2019, 25(7): 603-607.
- [27] MYKONIATIS I, PYRGIDIS N, ZILOTIS F, et al. The

- effect of combination treatment with low-intensity shockwave therapy and tadalafil on mild and mild-to-moderate erectile dysfunction: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial[J]. J Sex Med, 2022, 19(1): 106-115.
- [28] 韦坤, 沈兰辉, 张贤生. 西地那非单独与联合达泊西汀治疗勃起功能障碍合并早泄的临床研究[J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(1): 47-50.
- [29] 毛卫林, 吴建华, 梁骏, 等. 阴茎背神经切断术治疗阴茎高敏感性早泄的临床研究[J]. 中国性科学, 2016, 25(12): 22-25.
- [30] 陈露, 陈六, 王权胜, 等. 从“疏肝和营”角度应用柴胡桂枝汤治疗早泄病的探析[J]. 中国性科学, 2021, 30(10): 108-110.
- [31] 张玉杰, 孙自学. 浅析金匱温经汤在阳痿治疗中的应用[J]. 国医论坛, 2022, 37(1): 6-8.
- [32] 周文, 刘金尧, 郑翼驰等. 从“一阳之始肝气生”探析四逆散治疗阳痿的“杠杆启动”作用[J]. 中医药导报, 2023, 29(05): 168-170, 174.
- [33] 郭国让. 补中益气汤加减治疗男科杂症举隅[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(7): 643-644.
- [34] 张利民, 谭毅, 叶欣, 等. 中医药外治法治疗早泄 60 例临床观察[J]. 成都中医药大学学报, 2011, 34(4): 33-35.
- [35] 张亚梅, 庄田畋. 针灸治疗早泄穴位使用规律[J]. 中国性科学, 2021, 30(3): 118-120.
- [36] 周鑫, 杨婧瑜, 史锐, 等. 基于数据挖掘技术探讨针灸治疗阳痿的选穴规律[J]. 中国针灸, 2022, 42(2): 215-220.
- [责任编辑 王鑫]

· 书讯 ·

腹部手术患者术后疼痛的全科护理 ——评《疾病护理常规疾病·外科疾病》

《疾病护理常规疾病·外科疾病》由人民卫生出版社出版,温贤秀、肖静蓉、何述萍主编。内容包括症状护理常规、胃肠外科疾病护理常规、肝胆外科疾病护理常规、心脏外科疾病护理常规、胸外科疾病护理常规、血管外科疾病护理常规、甲状腺疾病护理常规、骨科疾病护理常规、泌尿外科疾病护理常规、神经外科疾病护理常规、整形外科疾病护理常规、小儿外科疾病护理常规、器官移植护理常规、烧伤科疾病护理常规、分级护理常规等。每种疾病又包括概述、病情观察与评估、护理措施、健康教育 4 个部分。全书着力于指导护士“做什么、如何做”,力求方便护理同行理解和掌握,文字书写简练、重点突出、可操作性强。本文结合《疾病护理常规疾病·外科疾病》讨论,总结腹部手术患者术后疼痛的全科护理方法。

疼痛是患者在进行手术治疗之后最常见的症状之一,其属于人体生理和心理双结合的直观感受,在我国进行外科手术的患者大约 75% 会出现疼痛感觉,因个体的差异性,患者对于疼痛的耐受程度也具有一定的差异性。在各种外科手术治疗中,其中腹部手术最为特殊。当患者进行腹部手术后,除了手术带来的创伤,患者术后还有各种引流管,从而出现疼痛的机率和程度都较高。因此患者在进行腹部手术后,需高度重视并及时控制疼痛,避免患者机体出现强烈的应激反应,从而减少组织的分解和减缓代谢,减少患者心理和生理出现负面情绪。因此患者进行腹部手术治疗后,需加强和重视患者术后的疼痛护理。既往常规针对腹部手术患者护理步骤是根据主治医生开出的医嘱进行相应的护理措施,容易忽视患者疼痛感觉,通过全科护理进行干预配合,希望患者可以减轻术后痛苦,提高舒适度,并加快康复速度。患者在进行腹部手术后常规护理是观察其各项生命体征,对患者进行健康的宣教,对其及其家属告知注意事项,观察患者出现异常或患者反馈出不良反应时需及时采取相应的处理,全科护理是在原有的护理基础上进行全方位的护理干预,主要包括以下 3 点:第一,疼痛的护理。由于患者机体的差异性,对疼痛的感觉各不相同,因此在患者术后需对其进行疼痛程度的评估,及时掌握疼痛的感受,护理人员也应加强对自身的学习,提升自我技能,对疼痛在其生理和心理上产生的特点进行学习与分析,当术后患者出现疼痛的感觉时能及时做出相应的有效的解决方案。还需对患者体位进行引导,术后定期协助家属对患者进行翻身,固定好患者身体上引流管,防止以上原因导致的疼痛。护理人员在病室还需为患者打造出温馨舒适的休息环境,病房的灯光不能刺眼影响到患者休息。针对不同康复进度的患者采取不同护理措施,如恢复较好的患者,护理人员需定时协助其家属帮助患者侧身起床,使其肌肉松弛减少张力,从而改善患者术后疼痛。对于恢复特别好的患者需帮助下床活动,可以促进患者肠道的蠕动还能减少患者出现腹胀和腹痛等情况发生。对伴有咳嗽疾病的患者,护理人员需强调对伤口的保护,来改善患者的疼痛情况。第二,心理护理。术后大部分的患者在出现疼痛的感觉后,会对其手术质量、康复过程和并发症等各种问题产生担心,心理上会出现焦虑和害怕的负面情绪,生理的机体耐受能力也会出现下降等负面影响。因此需重视患者其心理和生理的变化,对患者相应的问题进行不同的解决方案,来减轻或者消除患者紧张和害怕感,使其保持正能量心态来面对疼痛,帮助患者配合医护人员治疗和护理。第三,止痛药物护理。止痛药物的药动力学及药理学知识医护人员都应熟练掌握,但患者出现不可预知的疼痛时禁止任何止痛药物,当患者的疼痛类型不明确时,需根据其手术方式及患者个体情况进行分析适当应用药物,患者使用止痛药后需紧密观察其临床指征,尤其是在首次用药后,需根据患者的身体情况对服用的止痛药物进行适当调整。在进行预防性用药时需避免剂量过多,用合理的剂量达到理想的止痛效果。如果患者对所服用止痛药的效果及安全性存在疑问,医护人员需详细的指导,普及服用药物的必要性和目的性,让患者了解及正视止痛药物带来的疗效及康复后的不良反应,做到不依赖和抵触止痛药。

综上所述,将全科护理应用到腹部手术术后疼痛的患者中,可以减少术后切口给患者带来的疼痛感,帮助提高患者术后的生活质量,加快康复时间。提高患者及其家属对医护人员的满意度,搭建和谐温馨的医疗环境。

(作者陆丽霞,黄凤,上海市奉贤区中心医院,上海 201499)