

早泄中西医结合诊疗指南(试行版)

中国中西医结合学会男科专业委员会

【关键词】早泄；中西医结合；诊疗指南

中图分类号：R698 文献标志码：A doi: 10.13263/j.cnki.nja.2018.02.016

早泄(premature ejaculation, PE)是男性最常见的射精功能障碍,PE严重影响患者和性伴侣的生活质量,也常引起家庭不和谐和夫妻关系紧张。随着我国社会经济水平的不断提高以及人们对性认识的变化,性生活质量越来越受到人们的关注和重视。因此,PE的诊疗已经成为我国男科临床的重要工作之一。对于PE的诊断和治疗,中、西医拥有不同的理论体系,并有各自的特点和优势,但目前对于PE中医诊疗的报道,针对病因、辨证、治疗的研究仍以病案分析、专家经验报告等回顾性分析为多,缺乏统一的证候标准及诊断、治疗方法,遵循循证医学的研究甚少,这阻碍了中西医结合诊治PE的统一评估和治疗水平的提高;同时本病病因错综复杂,证候分型繁多,诊断及疗效判定标准存在争议,迫切需要制定PE中西医结合诊疗指南。因此中国中西医结合学会男科专业委员会参照PE最新的国际性医学学会(International Society for Sexual Medicine, ISSM)、中国男科疾病诊断治疗指南的诊疗原则,结合我国国情编写此指南,期望本指南能为中西医男科临床工作者诊治PE及临床研究提供有益的指导^[1]。

1 PE定义与分类

1.1 定义 PE可由两种不同方法来定义,即“客观标准”和“主观感受”。客观标准定义是根据实际射精持续时间和阴茎抽动次数来判断。主观感受定义是指男性在其本人或伴侣“期望”的时间之前射精的情况,此类男性往往感觉到对射精“控制力降低”,或这种境况引起的“困扰”、“不满意”或“人际交往困难”。中医学描述为未交先泄,或乍交即泄。

ISSM从循证医学的角度上指出PE的定义应包括以下3点:①射精总是或者几乎总是发生在阴茎

插入阴道1 min以内;②不能在阴茎全部或者几乎全部进入阴道后延迟射精;③消极的个人精神心理因素,比如苦恼、忧虑、挫折感或逃避性活动等。该定义仅限应用于经阴道性交的原发性PE,已发表的客观数据还不足以对继发性PE作出循证医学的定义^[2]。

中医学对PE早有论述,先后称之为“痿疾”^[3]、“溢精”^[4]、“鸡精”、“泄精”^[5]等,并指出“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也”^[6]。若肾气不足而封藏失职,则会出现PE。其临床表现为“未交先泄,或乍交即泄,滑泄不禁……”^[7]。

1.2 PE的分类 PE作为一种疾病,可分为原发性PE和继发性PE两大类^[8]。近来,有学者提出与原发性PE和继发性PE不同的两种PE综合征,即自然变异PE和PE样射精功能障碍^[9-10]。

1.2.1 原发性PE 其临床特征是:①尝试性交时总是或几乎总是出现;②与任何性伴侣性交时均出现;③从初次性交开始一直如此;④射精潜伏期大多数在1 min以内;⑤不能控制射精(非必须)。

1.2.2 继发性PE 其临床特征是:①一生中的某个时期出现射精过早;②发病前射精潜伏期正常;③不能控制射精;④常具有明确的原因(勃起功能障碍、慢性前列腺炎、甲状腺功能不全等疾病及心理或人际关系问题)。

1.2.3 自然变异PE 其临床特征是:①无规律的射精过早;②延迟射精能力低下,在射精即将来临时抑制射精的能力降低或消失;③在延迟射精能力降低的同时,伴有射精潜伏期缩短。

1.2.4 PE样射精功能障碍 其临床特征是:①性交时主观感受发生射精过快和射精缺乏控制;②实际阴道内射精潜伏期(intra-vaginal ejaculation latency time, IELT)在正常范围;③延迟射精能力低下,

在射精即将来临时抑制射精的能力降低或消失;④对自己射精控制能力的认识并不是其他疾病所引起。

2 PE的流行病学和病理生理

由于缺乏针对原发性PE和继发性PE患病率系统评估^[10-11],PE的患病率报道存在较大差异,多数研究认为PE的患病率为20%~30%^[12]。PE的病因至今不清,很少的证据支持生物学和心理学的假设。近年来学者的研究多倾向于PE是由几种因素共同导致,这些因素包括:阴茎头敏感度高、射精中枢兴奋性增高、中枢性5-羟色胺受体的易感性、焦虑、不良性经历、甲状腺功能失调、前列腺炎、遗传倾向等。

中医学认为^[5,13],PE乃五脏功能失常所致,肾失所固,肝失疏泄,心失所主,脾失统摄,肺失宣降,皆可导致PE。

2.1 房劳伤肾 肾藏精,封藏功能正常则精液之施泄有度。如恣情纵欲,房室不节,施泄太过,或累犯手淫,以致损伤肾气,使封藏失职,精关不固,因而引起PE。肾阴亏虚,相火偏盛,精室被扰,封藏失灵,因而甫交即泄,或未交即泄。

2.2 劳伤心脾 精藏于肾,主宰在心,升摄在脾。若劳倦伤神,思虑过度,则伤心脾。肾阴不足,相火易动,精关早启;脾失健运,或中气下陷,脾失统摄,故而PE。

2.3 湿热下注 饮食厚味,煎炒炙烤,湿热内生,或外感湿热之邪,下注精室,精不守舍,而致PE。

2.4 七情所伤 恐则气下,惊则气乱,忧思气结,情志所伤,气机逆乱,精关不固,故而PE。

3 PE的西医诊断

3.1 病史 PE诊断主要依据病史和性生活史^[14-15],其中病史包含一般疾病史以及心理疾病史。PE是情境性的(在特定环境下或与特定伴侣)还是一贯性的,应关注IELT、性刺激程度、对性生活和生活质量的影响,以及药物使用或滥用情况。

3.2 IELT IELT的定义:即阴茎插入阴道到射精开始的时间,可以通过秒表测量或自我评估。IELT对射精的自我控制有显著的直接影响,但是对射精相关个人苦恼和性交满意度无显著影响^[16]。

3.3 PE评估问卷量表 为了客观的评估PE,多种基于患者自我报告(patient reported outcomes, PROs)的问卷被设计出来^[17]。目前常用的有3种量表,分别是PE简表(The Premature Ejaculation

Profile, PEP)、PE指数(The Index of Premature Ejaculation, IPE)、PE诊断工具(Premature Ejaculation Diagnostic Tool, PEDT)。这些量表中,使用最广泛的工具是PEDT(基于美国、德国和西班牙焦点小组和访谈法的5项问卷,评价控制力、频率、最小刺激、苦恼和人际交往困难)。

3.4 检查

3.4.1 体格检查 重点是男性外生殖器检查,是否伴随包皮过长、包茎、阴茎头包皮龟头炎、阴茎弯曲畸形、阴茎硬结症等生殖器异常。

3.4.2 辅助检查

3.4.2.1 阴茎神经电生理检查 可以客观的区分PE的神经敏感来自于交感神经中枢还是外周的阴茎背神经及其分支。使用阴茎神经电生理检查可以测定会阴部各类感觉阈值、诱发电位、阴茎交感皮肤反应。对于阴茎神经电生理检查阴茎背神经体感诱发电位(dorsal nerve of penis somatosensory evoked potential, DNSEP)和阴茎头体感诱发电位(glans penis sensory evoked potential, GPSEP)值低的患者,考虑阴茎背神经敏感;对于交感皮肤反应(sympathetic skin response, SSR)值低的患者,考虑交感神经中枢敏感。

3.4.2.2 阴茎生物感觉阈值测定 可以初步判断阴茎背神经向心性传导功能。

3.4.2.3 球海绵体反射潜伏期测定 电刺激阴茎表面,在球海绵体肌插入电极,测定肌电图变化,特异性较差。

3.4.3 其他检查 另外还应该检查血管、内分泌和神经系统,排除其他慢性疾病、内分泌病、自主神经病、尿道炎、慢性前列腺炎等。

PE的诊断主要依据病史和性生活史,通常包括IELT短、对射精的控制差、对此苦恼以及人际交往困难等方面,其中IELT是评价PE的重要客观指标。在日常门诊工作中,自我评估的IELT已足够^[18];而在临床试验中,秒表测量的IELT是必需的^[19]。此外,临床医生可以借助问卷量表来协助诊断。目前有两种PROs(PEDT与AIPE)可用于区分有无PE,PEP和IPE可用于评估PE治疗效果,但量表只能辅助诊断而不能代替临床医生对性生活史的询问。PE的辅助检查意义有限,各种检查项目和指标有待探索和完善。2015年欧洲泌尿外科学会有关PE的诊疗指南中,常规实验室和神经生理检测仍不予推荐,仅当患者病史、性生活史或体格检查有异常发现时才选择进行^[20]。

4 PE 中医证型分类^[5,13,21-24]

PE 的辨证,要辨虚实,明脏腑,审寒热,分阴阳。本指南中的证型为临床常见的基本证型,复合证型可根据基本证型组合,在临床中四诊合参,综合辨证。

4.1 湿热下注证 证见:行房 PE,伴见尿频尿急,会阴不适,小腹胀痛,肢体困重,口苦口干,阴部湿痒,大便黏滞。舌质红,苔黄腻,脉滑数。

4.2 阴虚火旺证 证见:易举易泄,伴见性欲亢进,遗精滑精,五心烦热,潮热盗汗,头晕耳鸣,腰膝酸软。舌质红,苔少,脉细数。

4.3 肾气不固证 证见:PE 滑精,射精无力,伴见性欲淡漠,腰膝酸软,面色无华,小便清长,或阳举不坚。舌质淡,苔薄白,脉沉细。

4.4 心脾两虚证 证见:行房 PE,伴见神疲乏力,夜寐不安,心悸怔忡,面色无华,头晕健忘,食少纳呆,腹胀便溏,或形体肥胖。舌质淡,舌体胖大或边有齿痕,苔薄白,脉细弱。

4.5 肝郁化火证 证见:行房 PE,性欲亢进,伴见情志抑郁,胸胁闷胀,喜太息,或急躁易怒,少寐多梦,面红目赤,口苦咽干,尿黄便结。舌质红,苔黄,脉弦数。

4.6 脾肾两虚证 证见:PE 滑精,射精无力,性欲低下,伴见腰膝冷痛,气短懒言,口涎外溢,食少便溏,小便清长,或四肢不温,腹痛喜按,舌质淡白,舌体胖大,苔薄白,脉沉细弱。

5 PE 的西医治疗

PE 的治疗需要医生对患者的病情进行充分的评估,包括 IELT,出现 PE 症状的时间和频率,患者对射精的控制力和性生活的满意程度,以及是否合并有其他生理或心理性疾病等。针对不同类型的 PE 患者,医生应当选择适宜的治疗方案。原发性 PE 推荐使用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI),此类药物可有效延长患者的 IELT,增加对射精的控制能力,提高性生活满意度。原发性 PE 患者不首先推荐心理/行为治疗,但有必要接受正确的性健康教育,长期服用药物患者应定期复查。继发性 PE 患者常合并其他疾病,比如勃起功能障碍、慢性前列腺炎、抑郁症等。患者需要治疗生理或心理性疾病,同时推荐 SSRI/局部麻醉剂治疗。自然变异性 PE 和 PE 样射精功能障碍首先推荐心理治疗,提供性健康教育和心理咨询,让患者及性伴侣对性生活有正确认识,

消除性活动中紧张焦虑情绪,如这些措施无效或效果不佳,可辅助使用延迟射精药物。

5.1 心理/行为治疗 心理治疗对部分 PE 患者很重要,特别是由心理社会因素诱发 PE 的患者。心理咨询的目的是帮助患者正确认识性生活,学会控制和延迟射精,增强对性生活的自信,消除对性生活的紧张和焦虑情绪,增进与性伴侣的沟通和交流。行为治疗最常用的是“动-停法”(stop-start technique)和“挤压法”(squeeze technique)^[25-26]。但心理/行为治疗的效果目前还存在争议。

5.2 局部麻醉药物治疗 在阴茎表面使用局部麻醉药物,比如利多卡因、丙胺卡因、苯唑卡因的单独或联合使用能降低阴茎的敏感性,可延长 IELT。但是,局部麻醉药物可能导致部分患者因阴茎麻木影响勃起。在未使用避孕套时,还可能导致性伴侣出现阴道麻木感,并失去性生活兴趣。如果患者或其性伴侣对该局部麻醉药物过敏,则绝对禁用。

5.3 SSRI SSRI 是临床常用的抗抑郁药物,目前发现这类药物对 PE 有一定的治疗效果。SSRI 类药物包括两类:①按需治疗药物达泊西汀;②规律治疗药物如西酞普兰、帕罗西汀、舍曲林等。

5.3.1 按需治疗 达泊西汀是目前唯一获得批准治疗 PE 适应证的药物,临床上应用最为广泛。达泊西汀起效迅速,药物半衰期短,体内清除速度快,因此成为 SSRI 按需治疗的一线推荐药物^[27-28];研究表明,30 mg 组和 60 mg 组的 IELT 分别为治疗前的 2.5 倍和 3.0 倍,两种达泊西汀方案均在首次剂量时起效。常见不良事件为:恶心、腹泻、头痛和头晕^[29]。

5.3.2 规律治疗 SSRI 每日治疗大约在 5~10 d 后起效,2~3 周后达到最佳效果,并需要长期维持用药。常见的不良反应包括虚弱、疲乏、恶心、腹泻等。对于长期服药的患者,医生应当告诫其避免突然停药,因为可能出现 SSRI 撤药反应。

5.4 磷酸二酯酶 5 抑制剂(phosphodiesterase 5 inhibitor, PDE5i) 单独应用 PDE5i 治疗 PE 的效果存在争议,但有证据显示联合应用西地那非和舍曲林治疗 PE,比单用舍曲林疗效要好^[30]。对于合并有勃起功能障碍的 PE 患者,可联合采用 PDE5i 治疗;对不伴有勃起功能障碍的 PE 患者,不推荐 PDE5i 作为首选治疗药物。

6 PE 的中医及民族医药治疗

中医治疗应分清虚实,早期多属实证,多用泻法,以清利为主。PE 日久,久病体虚,以虚证为多,

多用补法,以补肾为主。亦见虚实夹杂者,宜攻补兼施。

6.1 内治法

6.1.1 湿热下注证 治则:清泻湿热。方剂:龙胆泻肝汤(《医方集解》方)。药物:龙胆草、柴胡、黄芩、炒栀子、泽泻、川木通、车前子、当归、生地黄、炙甘草等。中成药:龙胆泻肝丸、八正颗粒。

中西医结合思路:合并有前列腺炎、尿道炎等泌尿生殖系统感染者,可根据药敏试验选择合适的抗菌药物配合治疗。注意规避导致湿热加重的生活、饮食习惯。

6.1.2 阴虚火旺证 治则:滋阴降火。方剂:知柏地黄汤(《医宗金鉴》方)。药物:知母、黄柏、熟地黄、山茱萸、山药、牡丹皮、茯苓、泽泻等。中成药:知柏地黄丸、二至丸、大补阴丸。

中西医结合思路:伴有甲亢、糖尿病者,往往表现出阴虚火旺之证,应积极治疗原发疾病。

6.1.3 肾气不固证 治则:益肾固精。方剂:金匱肾气丸(《金匱要略》方)加味。药物:干地黄、山萸肉、怀山药、茯苓、泽泻、丹皮、肉桂、附子、巴戟天、淫羊藿、肉苁蓉、金樱子等。中成药:金锁固精丸、龟龄集。

中西医结合思路:有明显性欲低下,生殖激素无异常者,以中药治疗为主;雄激素水平低下者,可给予补充睾酮治疗。

6.1.4 心脾两虚证 治则:补益心脾。方剂:妙香散(《太平惠民和剂局方》方)。药物:党参、炒白术、炙甘草、炙黄芪、茯苓、制远志、炒酸枣仁、龙眼肉、当归、木香、大枣。中成药:补中益气丸、归脾丸。

中西医结合思路:此型平素常表现为体质虚弱,以中药治疗为主;有明显精神紧张和睡眠障碍者,可酌情给予镇静催眠药治疗。

6.1.5 肝郁化火证 治则:疏肝泻火。方剂:丹栀逍遥散(《医部全录》方)。药物:牡丹皮、栀子、柴胡、炒当归、酒炒芍药、茯苓、炒白术、炙甘草等。中成药:加味逍遥丸、龙荟丸。

中西医结合思路:伴有明显焦虑、抑郁症状者,可配合抗焦虑抑郁药物治疗。

6.1.6 脾肾两虚证 治则:补肾健脾。方剂:加味水陆二仙丹(《男科纲目》方)。药物:金樱子、芡实、怀山药、党参、炒白术、茯苓、泽泻、煨木香、宣木瓜、炙甘草等。中成药:麒麟丸、附子理中丸。

中西医结合思路:伴有明显焦虑、抑郁症状者,可配合抗焦虑抑郁药物治疗;如果有明显性欲低下,雄激素水平低下者,可给予补充睾酮治疗。

6.2 外治法

6.2.1 熏洗法 常用蛇床子、地肤子、丁香、细辛等中药局部熏洗。

6.2.2 针灸治疗 取穴为2组:第1组为气海、关元、中级、三阴交。第2组为肾腧、气海腧、关元腧、会阳穴。加减:肾阴虚加大赫、太溪;肾阳虚加命门、阳池;湿热重加蠡沟、秩边;肝气不舒加太冲、肝腧;失眠多梦加百会、内关;会阴胀痛不适加会阴穴。2组穴位交替使用,每日或者隔日1次。一般用平补平泻手法,每次留针20~30 min,15次为1个疗程。虚象明显者用补法,气滞血瘀或者湿热较重者用泻法。也可以配合艾灸疗法。

6.2.3 推拿与牵引治疗 近年来,有研究表明^[31-33],部分患者PE与中央型椎间盘突出有一定的相关性,因此,对影像学确诊有椎间盘突出症的患者,可选择推拿或腰椎牵引,隔天1次,每次30 min,15次为1个疗程。

6.3 民族药物治疗 一些民族药物对PE有一定疗效,如伊木萨克片等^[34]。

7 PE的外科治疗

PE的外科治疗主要指阴茎背神经选择性切断术,是对心理/行为治疗、药物治疗无效者的补充治疗。阴茎背神经选择性切断术是目前国内治疗PE开展较多一种手术方法,其治疗原理是针对射精过程中感觉传入环节,减少感觉传入、提高患者感觉阈值,从而达到延长IELT、提高患者及其伴侣性生活满意度的目的^[35]。

由于手术治疗PE的原理较明确,因此阴茎背神经选择性切断术的唯一手术适应证为原发性PE患者。符合原发性PE诊断标准并满足以下条件:①开始性生活以来,IELT \leq 2 min,病程超过6个月;②心理状态良好,控制射精的能力差;③由此导致忧虑、烦恼、沮丧和回避性生活等精神心理方面的负面影响;④勃起功能正常,阴茎头敏感度高;⑤手术治疗意愿强烈;⑥自愿放弃保守治疗^[36]。

总的来说,阴茎背神经选择性切断术是目前治疗PE开展较多的一种外科手段,但缺乏大样本的研究,尚需进一步的临床研究验证其疗效。在手术中应切断多少神经分支等问题也需进一步的讨论。显微外科技术的介入有望使得操作精细化,减少并发症的发生。但是,PE并不是一种危及生命的疾病,所以应该更加慎重地评估外科治疗带来的伤害和收益。

8 PE 伴随疾病治疗

PE 伴慢性前列腺炎、勃起功能障碍的治疗可参照慢性前列腺炎、勃起功能障碍中西医结合诊疗指南。伴随心理障碍或其他疾病,应寻求相关专科共同治疗。

9 PE 的健康教育

正确认识 PE,不要把新婚、未婚、久旷房事出现射精过快归于 PE;科学应对 PE、疲劳状态下射精过快,应注意劳逸结合,有利于提高射精控制力;学习性知识,掌握性技巧,动停结合等技巧有助于延缓射精潜伏时间;重视性伴侣在诊疗中的价值,性伴侣的准备、阴道内及全身的反应也是影响男性射精快慢的重要因素。有研究资料显示,PE 在糖尿病^[37]、抑郁症^[38]的患者群体中有较高的发病率,积极治疗基础病,控制血糖,调畅情志,对于 PE 的防治有重要意义。

执笔者:福建中医药大学附属人民医院张敏建、哈尔滨医科大学附属第二医院张春影、东南大学附属中大医院金保方、南京军区南京总医院商学军、广西中医药大学第一附属医院宾彬、中南大学湘雅二医院王荫槐、河北省中医院李波、浙江中医药大学第二附属医院黄晓军、安徽中医药大学第一附属医院戴宁。

参与论证者:郑州大学第一医院张卫星、银川市第二人民医院路艺、湖北省中医院高文喜、绵阳市中医院蒲一宏、首都医科大学附属朝阳医院戴东曦、福建中医药大学附属人民医院程宛钧、哈尔滨医科大学附属第二医院袁谭、大庆市人民医院姚志敏、中南大学湘雅二医院任达、南京军区南京总医院张国巍、郑州大学第一医院张天标、牡丹江市第二人民医院梁化东、东南大学附属中大医院孙大林、广西中医药大学第一附属医院陆海旺、浙江中医药大学第二附属医院赵剑锋、河北省唐山市中医院李建新、安徽中医药大学恒梦。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 勃起功能障碍中西医结合诊疗指南(试行版). 中华男科学杂志, 2016, 22(8): 751-757.
- [2] McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, *et al*. An evidence based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med*, 2008, 5(7): 1590-1606.
- [3] 吴阶平主编. 中国性科学百科全书. 北京: 中国大百科全书出版社, 1998. 6.
- [4] 宋书功主编. 中国古代房室养生集要. 北京: 中国医药科技出版社, 1991. 170.
- [5] 徐福松主编. 徐福松实用中医男科学. 北京: 中国中医药出版社, 2009. 332-333.
- [6] 山东中医学院校释. 黄帝内经素问下. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009. 116.
- [7] 沈金鳌主编. 杂病源流犀烛. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 583-586.
- [8] Godpodinoff ML. Premature ejaculation: Clinical subgroups and etiology. *J Sex Marital Ther*, 1989, 15(2): 130-134.
- [9] Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from an historical DSM-III and DSM-IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. Part I: Validity of DSM-IV-TR. *J Sex Med*, 2006, 3(4): 682-692.
- [10] Waldinger MD. Premature ejaculation: State of the art. *Urol Clin North Am*, 2007, 34(4): 591-599.
- [11] Waldinger MD. The need for a revival of psychoanalytic investigations into premature ejaculation. *J Mens Health Gend*, 2006, 3(4): 390-396.
- [12] St Lawrence JS, Madakasira S. Evaluation and treatment of premature ejaculation: A critical review. *Int J Psychiatr Med*, 1992, 22(1): 77-97.
- [13] 张敏建主编. 中西医结合男科学. 第2版. 北京: 科学出版社, 2017. 141-149.
- [14] Shabsigh R. Diagnosing premature ejaculation: A review. *J Sex Med*, 2006, 3(Suppl 4): 318-323.
- [15] Sharlip I. Diagnosis and treatment of premature ejaculation: The physician's perspective. *J Sex Med*, 2005, 2(Suppl 2): 103-109.
- [16] Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Interrelationships among measures of premature ejaculation: The central role of perceived control. *J Sex Med*, 2007, 4(3): 780-788.
- [17] Althof SE, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. *Urol Clin North Am*, 2007, 34(4): 581-589.
- [18] Althof SE, Abdo CH, Dean J, *et al*. International society for sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med*, 2010, 7(9): 2947-2969.
- [19] Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, *et al*. Functional and psychological characteristics of belgian men with premature ejaculation and their partners. *Arch Sex Behav*, 2013, 42(1): 51-66.
- [20] Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, *et al*. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*, 2015, 68(6): 136-137.
- [21] 毕焕洲, 赵永厚. 中医诊治早泄的循证医学研究. 辽宁中医杂志, 2013, 40(7): 1327-1330.
- [22] 秦国政主编. 中医男科学. 北京: 科学出版社, 2012. 158-170.
- [23] 王琦主编. 王琦男科学. 郑州: 河南科学技术出版社, 1997. 289-295.
- [24] 郭军, 张春影, 吕伯东主编. 早泄的诊断与治疗. 北京: 人民军医出版社, 2011. 47-74.
- [25] Masters W, Johnson V. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970. 86-108.

- [26] Semans JH. Premature ejaculation: A new approach. *South Med J*, 1956, 49(4): 353-358.
- [27] Hellstrom WJ, Althof S, Gittelman M, *et al.* Dapoxetine for the treatment of men with premature ejaculation (PE): Dose-finding analysis. *J Urol*, 2005, 173(238): 877.
- [28] McMahon C, Kim SW, Park NC, *et al.* Treatment of premature ejaculation in the Asia-Pacific region: Results from a phase III double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *J Sex Med*, 2010, 7(1 Pt 1): 256-268.
- [29] McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, *et al.* Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: Integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med*, 2011, 8(2): 524-539.
- [30] 张贤生, 王益鑫, 黄旭元, 等. 西地那非、舍曲林合用与舍曲林单用治疗早泄的疗效比较. *中华男科学杂志*, 2005, 11(7): 520-522, 525.
- [31] 金保方, 黄宇烽. 腰椎间盘突出症与男性性功能异常. *中国男科学杂志*, 2006, 20(11): 56-58.
- [32] 金保方, 张新东, 黄宇烽, 等. 早泄与中央型腰椎间盘突出相关性的初步研究. *中华男科学杂志*, 2009, 15(3): 244-247.
- [33] 刘栋赞, 孙大林, 金保方, 等. 慢性盆腔疼痛综合征与中央型腰椎间盘突出症相关性的初步研究. *中国性科学*, 2014, 23(8): 60-62.
- [34] 赵连明, 姜辉, 洪锴, 等. 维药伊木萨克片治疗早泄临床观察. *中华男科学杂志*, 2014, 20(11): 1029-1034.
- [35] 张春影, 姚志敏, 范帅, 等. 原发性早泄病人阴茎头兴奋性与阴茎背神经局部解剖学关系. *中国男科学杂志*, 2016, 30(12): 47-50.
- [36] 中华医学会男科学分会. 中国男科疾病诊断治疗指南与专家共识. 2016版. 北京: 人民卫生出版社, 2016. 66.
- [37] Majzoub A, Arafa M, Al-Said S, *et al.* Premature ejaculation in type II diabetes mellitus patients: Association with glycemic control. *Transl Androl Urol*, 2016, 5(2): 248-254.
- [38] Xia Y, Li J, Shan G, *et al.* Relationship between premature ejaculation and depression: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95(35): e4620.

(收稿日期: 2017-10-22; 接受日期: 2017-12-12)

(本文编辑: 周玉春)

