

射精功能障碍_泌尿外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E5_B0_84_E7_B2_BE_E5_8A_9F_E8_c22_610247.htm 性欲、勃起、性交、性高潮、射精是男子性功能系列连锁反应，每个环节也有其独特机理，并非有必然联系。射精功能障碍常见有早泄、不射精及逆行射精。【诊断】早泄：早泄的标准尚有争议。以往根据女方能否达到性满足为标准，显然是片面的，因为女性也有其本身的问题。以阴茎在阴道内停留时间（不足1.5cm）或抽动15次以下为标准，也不能反应个体间性要求的差异。1980年美国精神病学会提出性交期间，射精和高潮不能控制，在个人期望之前就发生射精为早泄。此标准也不能被普遍接受。目前通常认为在阴茎进入阴道之前、正在进入或刚插入即发生射精，称为早泄。曾有报道健康男性一般在插入阴道2~6分钟发生射精。浙江医科大学调查2709人结果，性交持续5~10min居多。短者仅1~2min，长者可达50~60min，可见个体差异很大。所以无论射精快慢，只要不影响夫妻双方对性快感的体验就不能称为早泄。不射精症：阴茎勃起插入阴道内不能出现性高潮和射精者，可诊断不射精症。应注意与逆行射精或精液生成障碍鉴别。性交是否出现快感或性高潮及性交后尿内有无精虫或果糖是鉴别要点。同时应了解内分泌功能，有无先天性或后天性病变导致的射精管梗阻。应鉴别功能性和器质性病因。功能性不射精症常有遗精并能手淫射精，有心理创伤或性知识缺乏而无神经疾病、糖尿病及外伤、手术史。逆行射精：在性交或手淫出现性高潮和射精感后，检查尿液内有精子/和果糖，证实精液逆流入膀胱

。病史中应注意询问有无神经系统疾病、外伤手术及药物服用史。排尿期膀胱尿道造影了解膀胱颈及尿道结构有无异常，必要时应行尿流动力学检查等，进行病因诊断。【治疗措施】早泄：1.心理治疗：需要夫妻双方协作与理解，懂得重建射精条件反射的可能性，消除病人焦虑心理，建立信心是治疗的先决条件。2.行为方法指导：指导病人体验性高潮发生前感觉。在未达到不能控制的射精发生之前减少或停止用阴茎抽动，使性感降低。semans法是女方用手刺激阴茎勃起，接近高潮时停止刺激，阴茎萎软后再重复刺激，多次反复建立新的条件反射。也可向下牵拉阴囊和睾丸或用拇指与食指挤压阴茎头降低其兴奋性。性交方式可换为女上位，用抽动-停止-再抽动形式，逐渐提高对刺激的反应阈，延长射精时间。3.药物治疗：用1%地卡因或2%利多卡因类表面麻醉剂在性交前10分钟涂于阴茎头处，降低阴茎头敏感性。服用镇静剂鲁米那、非那根提高射精中枢阈值。肾上腺素能阻滞剂酚苄明减低交感神经兴奋性等均可能有助于延长射精时间。

不射精症：1.性教育和性心理治疗：大部分功能性不射精患者通过讲解性知识、消除不良心理影响及错误观念并辅以性行为指导，往往能达到立竿见影的效果。2.电振动和电刺激疗法：约50%功能性患者一次治愈。绝大部分患者多次重复治疗可恢复正常。francois和brandley以电振动治疗脊髓损伤患者：颈推损伤患者成功率90.9%，胸椎为67.5%，而胸腰椎损伤者仅为22.2%。直肠插入电刺激治疗不射精症成功率为60.9%。3.药物治疗：性交前1小时服用作用于 和 受体药物麻黄素有助于射精功能的恢复。4.其他治疗：内分泌失调或药物所致的射精障碍，应适量补充激素或停药影响射精药

物。射精管梗阻可用内窥镜切开射精管口。逆行射精：1.药物治疗：只有在膀胱颈结构完整并具有活动功能时才有效果，如糖尿病或自主神经病变患者，药物可增强其刺激，促使膀胱颈关闭。而先天性宽膀胱颈或膀胱颈切开术后，其效果不佳。药物有抗组织胺及抗胆碱能类制剂溴苯吡丙胺（brompheniramine maleate）、丙咪嗪（imipramine）、去甲丙咪嗪（desipramine）以及麻黄素等均有一定疗效。2.手术治疗：各种原因所致膀胱颈过宽而发生的逆行射精，可行膀胱颈重建术，增加膀胱颈阻力，使精液顺行从尿道口排出。3.姑息性治疗：有些病人治疗目的是生育问题，因此通过膀胱内加入缓冲液（baker液）高速膀胱内尿液酸碱度，使尿液对精子的破坏作用降低到最小程度，取出含有精液的尿液标本，经离心处理或直接进行人工授精。

【病因学】早泄：以往性行为经历往往是发生早泄的精神心理因素。婚前性交或手淫急于尽快达到性满足，性生活不和谐或勃起持续时间短，在勃起消失之前完成性交等形成习惯性快速射精，由此产生的焦虑情绪而导致条件反射性快速射精反应。前列腺炎、精阜炎及泌尿生殖器炎症能否导致早泄尚无定论。分为功能性—器质性两类，前者更多见。1.功能性因素：往往缺乏婚前性教育，性知识缺乏而视性交为淫秽，新婚紧张情绪，妻子的冷漠，性生活环境差，怕怀孕，工作劳累，心理创伤等均可导致功能性不射精症。包皮过长或包茎使阴茎头对刺激不敏感也可成其病因。2.器质性因素：神经系统病变使中枢或周围神经的刺激冲动不能传导至射精中枢或不足以激活射精中枢。大脑侧叶病变或切除、脊髓损伤、腰交感神经损伤与切除、盆腔手术等均可导致神经传导的冲动减少或中断

。whitelaw报道116例高血压患得切除t8~l1双交感神经节后，24例出现不射精症；而19例切除t2~t11交感神经节后均保留有射精功能。rose报道30例切除l1~l3神经节，3例发生不射精，而8例切除t9~t11神经节后，5例丧失射精功能。因睾丸肿瘤行腹膜后淋巴清扫术52例，丧失射精功能达49例（94.2%）。narayan和lange等清扫非肿瘤侧淋巴结局限在髂总动脉，术后影响射精功能减少至54.5%。有些患者可在术后3~36个月（平均12个月）又恢复射精功能，此主要与节前有髓鞘的神经再生有关。主动脉、髂血管手术也常可发生射精障碍。盆腔手术亦视其清扫范围及盆神经损伤程度，对射精功能有不同程度的影响，直肠癌手术发生射精障碍明显高于溃疡性结肠炎行直肠与结肠切除术。降压药 肾上腺互能滞剂可影响精囊收缩而发生射精障碍，如胍乙啶及吩噻嗪类。内分泌功能低下（垂体、性腺、甲状腺病变等）及阴茎本身病变（阴茎硬结、严重尿道下裂）也可能影响射精功能。射精管梗阻较少见，可为先天性闭锁或后天性骨盆骨折、手术损伤精阜及射精管等。逆行射精：1.动力学因素：先天性或后天性病变造成膀胱颈收缩功能失调而导致精液逆流，如先天性宽膀胱颈及术后天性内视镜或开放性膀胱颈切开或y-v成形术。据报告耻骨后前列腺切除术发生逆行射精约64.5%，经尿道者为59.5%，耻骨上经膀胱者为71.8%。糖尿病引起自主神经病变、交感神经切除术、小剂量交感神经阻滞剂常可发生逆行射精，如服用利血平、胍乙啶使平滑肌收缩无力而出现精液逆流。2.梗阻性因素：尿道外伤所致膜尿道狭窄及各类炎性尿道狭窄，长期排尿困难使近端尿道扩张，膀胱颈张力下降，远端阻力增加而导致逆行射精。 100Test 下载频道开通，各

类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com