

نقش داروها در کاهش فعالیت جسمی و باروری

ترجمه: دکتر علی منتصری، دکتر محمدرضا پزشکی

مشکل دچار است، از این دسته می‌باشد. عوامل دیگری که فعالیت جنسی مرد و زن را تحت تأثیر قرار می‌دهند عبارتند از سن، الکل، سیگار، داروهای OTC، مواد مخدر و تماس با سمومی که در محیط کار و زندگی یافت می‌شوند. اغلب گزارش‌های منتشر شده عوارض داروها بر جنس مذکر را گوشزد کنند تهیه آمار در مورد اثر داروها بر فعالیت جنسی زنان کار مشکلی است، زیرا در اغلب موارد این موضوع در نظر گرفته نمی‌شود.

گزارش‌های زیادی در مورد ایجاد ناتوانی جنسی بعد از مصرف داروهای پایین آورنده فشارخون، ضد سایکوز و ضد افسردگی وجود دارند. در این میان واکنش‌های شدیدی مانند ناباروری، اختلالات وراثتی و ایجاد اشکال حین حاملگی به چشم می‌خورند.

ناباروری (Infertility)

اشکال در تولید مثل، موارد مختلفی مانند اختلالات وراثتی، سقط و زایمان زودرس را در بر می‌گیرد. نابارور به فردی اطلاق می‌شود که پس از دو سال با وجود جلوگیری نکردن از بارداری صاحب فرزند نشده باشد. این اختلال تا حدی شایع بوده و ۱۵ درصد از زوجها را در بر می‌گیرد. تعداد زیاد زوج‌هایی که به مراکز درمان ناباروری مراجعه می‌کنند نشان می‌دهد که بروز این مشکل روز به روز در حال افزایش است.

پس از عرضه داروی سیلادنافیل (ویاگرا) که از آن برای درمان اختلالات نعوظی مردان استفاده می‌شود، مساله سلامتی و ناتوانی جنسی مورد توجهی خاص قرار گرفته است. امروزه به سلامت جنسی به عنوان یکی از اجزای سلامت جسمانی اهمیت زیادی داده می‌شود. با وجود این که ناتوانی جنسی زندگی بیمار را تهدید نمی‌کند، می‌تواند از نظر اجتماعی و روانی مشکل ساز باشد و کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. از طرف دیگر، یکی از علل عدم تمکین بیمار در برابر دارو درمانی نیز محسوب می‌گردد. برای مثال اغلب مبتلایان به افزایش فشارخون، افسردگی و اسکیزوفرنی مصرف داروهای خود را به علت ایجاد اختلالات جنسی ادامه نمی‌دهند.

در این مقاله شایع‌ترین موارد اختلالات جنسی و ناباروری ناشی از مصرف داروها بررسی می‌گردد. تخمین فراوانی این اختلال کار مشکلی است، زیرا اغلب بیماران بروز این مشکل را عنوان نمی‌کنند. بنابراین، آمار موجود در اغلب موارد از آمار واقعی کمتر است. گاهی خود بیماری می‌تواند سبب بروز ناتوانی جنسی شود، در این صورت تشخیص این نکته که اختلال حاصل در اثر دارو یا بیماری است، بسیار مشکل می‌باشد. تجویز داروهای پایین آورنده فشارخون که ایجاد اختلالات نعوظی می‌کنند در بیمار مبتلا به دیابت که در اثر بیماری نیز به این

عامل ایجاد کننده ناباروری در زنان می‌تواند آسیب لوله‌های فالوپ، نامناسب بودن وضعیت مخاط رحم و اختلال در تخمک گذاری باشد اما در مردان این علل عبارتند از: نعوظ ناقص یا عدم نعوظ، اختلال در شکل و تعداد اسپرم‌ها، انزال پس‌رو (retrograde ejaculation) و هیپوگنادیسم.

در ۳۰ درصد موارد، علت ایجاد کننده اختلال کشف نمی‌شود. در بعضی موارد داروها و سموم نیز می‌توانند سبب ایجاد ناباروری گردند اما در مورد اثر داروها در این رابطه مطالعات زیادی صورت نگرفته‌اند.

فعالیت غده جنسی (بیضه‌ها و تخمدان‌ها) توسط هورمون‌های بخش قدامی غده هیپوفیز یعنی FSH و LH تنظیم می‌گردد. این دو هورمون به وسیله هورمون GnRH هیپوتالاموس تنظیم می‌شوند. FSH تکامل سلول‌های سرتولی بیضه و فولیکول‌های تخمدان را سبب می‌شود ولی LH شکل‌گیری جسم زرد در تخمدان و تولید تستوسترون توسط سلول‌های لایدیگ بیضه را کنترل می‌کند. FSH و LH تولید استروژن و تخمک‌گذاری را تنظیم می‌نمایند. کاهش مقادیر FSH و LH در جنس مذکر می‌تواند سبب مهار

اسپرم سازی گردد.

ناباروری اولیه ناشی از دارو به وسیله اثر مستقیم دارو بر غده جنسی یا اثر غیر مستقیم بر ترشح گنادوتروپین‌های هیپوفیز ایجاد می‌شود (جدول ۱).

ناباروری ثانویه ناشی از داروها از اثر دارو بر میل جنسی و نعوظ منشأ می‌گیرد.

شیمی درمانی با داروهای سایتوتوکسیک با اثر مستقیم بر گنادها می‌تواند سبب ناباروری شود. اثر این داروها بر حسب سن و جنس متفاوت بوده و به تکامل جنسی فرد در آن زمان بستگی دارد، مقدار و مدت دارو نیز دارای اهمیت می‌باشد. اثر شیمی درمانی بر دستگاه تناسلی در شیمی درمانی کودکان بسیار مهم است. داروهای آلکیله کننده برای بیضه‌ها به شدت سمی هستند. سیکلوفسفامید و کلرامبوسیل در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. شدت و میزان صدمات به مقدار و مدت مصرف آن بستگی دارد. این داروها معمولاً سبب کاهش اسپرم سازی و گاهی آروسپرمی می‌شوند که ممکن است این صدمات برگشت‌ناپذیر باشند. مصرف این داروها در مقادیر کم صدمه‌ای به وجود نمی‌آورد.

جدول ۱ - داروهایی که سبب ناباروری اولیه می‌شوند

الف) داروهای آلکیله کننده: سیکلوفسفامید، کلرامبوسیل، ملفالان	و) داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (افراد مونث)
ب) آنابولیک‌های استروئیدی	ز) پروکاربازین
ج) کلشی سین	ح) سولفاسالازین (افراد مذکر)
د) دی اتیل ستیل پستریل	ط) وین کریستین
ه) متوتروکسات	

سمیت متوتروکسات از داروهای آلکیله کننده کمتر است و باز هم سبب کاهش اسپرم سازی می شود. وین کریستین و وین بلاستین نیز می توانند سبب آروسپرمی شوند.

به طور کلی شیمی درمانی با چند دارو در مردان سبب آسیب های بیشتری می شود.

تعیین میزان سمیت این داروها بر دستگاه تناسلی زنان مشکل تر است، زیرا هیچ طریق مستقیمی برای تعیین اثرات سمی این داروها بر تخمدان موجود نیست. آسیب گنادها معمولاً با آمنوره، کاهش استروژن و افزایش LH و FSH خودنمایی می کند (در واقع حالتی شبیه یائسگی به وجود می آورد). داروهای آلکیله کننده در زنان از بقیه داروها خطرناکتر هستند. نارسایی اولیه تخمدانها در اثر مصرف ملفالان و سیکلوفسفامید گزارش شده است.

گزارش هایی در مورد اثر سولفاسالازین در ایجاد اولیگوسپرمی و عقیمی در مردان مبتلا به کولیت دریافت شده است. اثر دارو بر اسپرم دو ماه پس از مصرف آن آشکار می گردد، تحرک اسپرمها کاهش یافته مقدار آنها نیز کم شده و اسپرم های با اشکال غیر طبیعی مشاهده می گردند. این اثرات ۲ تا ۳ ماه پس از قطع مصرف دارو برطرف می شود. به نظر می رسد که این عوارض به بخش سولفاپیریدینی دارو مربوط باشند. افراد آهسته استیله کننده، نسبت به این اثر دارو حساستر هستند. با تغییر دارو از سولفاسالازین به مسالازین (mesalazine) بازگشت بیمار به وضعیت باروری عادی گزارش شده است.

دی اتیل ستیل بسترون (DES) یک استروژن صناعی است که در سال های بین ۷۰-۱۹۴۰ در

مورد زنان حامله به کار گرفته می شد تا از سقط جلوگیری کند اما این دارو می تواند سبب بروز اثراتی بر دستگاه تناسلی نوزادان مونث این مادران شود. این اثرات عبارتند از: آدنوکارسینوما ی واژن، تغییرات آناتومیک رحم، افزایش حاملگی های اکتوپیک، سقط و زایمان زودرس، میزان باروری در این دختران کاهش می یابد.

عدم تخمک گذاری و آمنوره

حدود ۳۰ درصد از زنان نابارور تخمک گذاری نمی کنند. این افراد ممکن است به آمنوره (اولیه یا ثانویه) اولیگومنوره یا قاعدگی منظم ولی بدون پروژسترون در فاز لوتئال مبتلا باشند. آمنوره ثانویه به عدم ایجاد خونریزی حداقل به مدت ۶ ماه در زنانی که قبلاً قاعدگی منظم داشته اند اطلاق می شود. هیپرپیرولاکتینمی در زنان مبتلا به آمنوره یا اولیگومنوره شایع است.

داروهایی که سبب افزایش پرولاکتین می شوند عبارتند از: متیل دوپا، متوکلوپرامید، سایمتیدین، فنوتیازینها و استروژن ها. مقادیر زیاد دانازول، ایزونیاژید و کورتیکواستروئیدها نیز سبب آمنوره شوند.

اسپیرونولاکتون با مقدار روزانه ۲۰۰-۱۰۰ میلی گرم می تواند سبب آمنوره شود. قاعدگی طبیعی معمولاً ۲ ماه بعد از قطع مصرف آن باز می گردد. مکانیسم احتمالی آن مهار اتصال دی هیدروتستوسترون به گیرنده های آندروژنی می باشد.

شواهدی در دست هستند که نشان می دهند مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) در اواسط سیکل قاعدگی تخمک گذاری

ر مهار می‌کند. به نظر می‌رسد که (NSAIDs) از پاره شدن فولیکول بالغ جلوگیری می‌نماید. این مشکل با ایندومتاسین، دیکلوفناک و ناپروکسن گزارش شده است. بنابراین، برای زنانی که قصد حامله شدن دارند باید مصرف NSAIDs در حوالی زمان تخمک گذاری متوقف گردد.

ناتوانی جنسی (Sexual dysfunction)

عملکرد جنسی به سه گروه تقسیم می‌شود:

- ۱- لیبیدو یا میل و رغبت جنسی
 - ۲- توانایی نعوظ در مردان و لغزنده شدن مخاط واژن در زنان
 - ۳- برون ریزی^۱ (ارگاسم در زنان - ejaculation در مردان)
- داروها می‌توانند بر یک یا چند مرحله از مراحل عملکرد جنینی تأثیر بگذارند.
- به طور کلی، دوپامین رفتارهای جنسی را افزایش داده و سروتونین آن را کاهش می‌دهد. میل جنسی تحت تأثیر هورمون‌های جنسی و سلامت روانی و وضعیت روحی افراد قرار می‌گیرد. تستوسترون برای گروه سوم عملکرد جنسی در زن و مرد لازم است و در مردان کمبود تستوسترون با ناتوانی جنسی همراه است.

اختلال در نعوظ و انزال

(Erectile dysfunction and Ejaculation disorders)

اختلال در نعوظ به ناتوانی (Impotence) به عدم توانایی در حفظ یا ایجاد نعوظ اطلاق می‌شود. این مشکل یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی است که ۱۰ درصد مردان در همه سنین به آن مبتلا هستند. شیوع این عارضه در سنین ۵۰ تا

۷۰ سالگی به ۵۰ درصد بالغ می‌گردد. علت این مشکل اختلال عروق است ولی مشکلات دیگر مانند بیماری‌های آندوکراین و اختلالات عصبی نیز بر آن موثر می‌باشند.

بیماری‌هایی مانند دیابت، قلب و عروق، افزایش فشارخون و عروق محیطی می‌توانند سبب اختلال در نعوظ شوند. همچنین جراحات نخاع، لگن، پرتودرمانی پرینال، جراحی، سیگار و الکل نیز از عوامل مهم می‌باشند.

فعالیت جنسی مردان به تعادل عصبی، هورمونی و مکانیسم‌های فیزیولوژیک بستگی دارند. عروق خونی و عضلات صاف ناحیه آلت از اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک عصب‌گیری کنند و اعصاب پاراسمپاتیک مسئول ایجاد نعوظ می‌باشند. در حالتی که آلت شل باشد، عضلات صاف منقبض بوده مانع ورود خون کافی به آن می‌گردند. تحریک پاراسمپاتیک و یواسا طت آزادسازی نیتریک اکسید سبب شل شدن عضلات صاف شریانچه‌های اجسام غاری (Corpora Cavernosa) آلت و ورود سریع خون به آلت می‌شود. خروج وریدی خون نیز کاهش یافته در نتیجه خون محبوس گردیده و آلت حالت سفتی و نعوظ پیدا می‌کند.

در ۲۵ درصد موارد اختلال نعوظ در اثر مصرف دارو ایجاد می‌شود. داروهایی که در ایجاد این مشکل دخیل هستند عبارتند از: داروهای پایین آورنده فشارخون، ضد افسردگی‌ها، ضد سایکوزها، و ضد صرع‌ها. در (جدول ۲) اسامی این داروها به تفکیک آمده است.

انزال عبارت است از فوران مایع منی از مجرای ادرار که از طریق تحریک گیرنده‌های آلفا آدرنرژیک ایجاد می‌شود. تحریک این گیرنده‌ها

جدول ۲- داروهای ایجاد کننده اختلالات نعوظ

۹-متیل دوپا	۱-آنتی آندروژن‌ها (فیناستراید)
۱۰-متوکلوپرامید	۲-آنتی کولینرژیک‌ها
۱۱-اومپرازول	۳-ضد افسردگی‌ها (سه حلقه‌ای، MAOIs)
۱۲-فنوتیازین‌ها	۴-بنزودیازپین‌ها
۱۳-فنی توپین	۵-بتابلاکرها
۱۴-پرازوسین	۶-کاربامازپین
۱۵-اسپیرونولاکتون	۷-سایمتیدین
۱۶-مدرهای تیازیدی	۸-دیگوکسین

می‌گردند.

میزان شیوع اختلال جنسی در مردان مصرف کننده داروهای مدر ۲ تا ۶ برابر بیشتر از مردانی است که دارونما مصرف کرده‌اند. تیازیدها می‌توانند سبب کاهش میل جنسی، نعوظ و انزال شوند. مکانیسم این عمل به درستی مشخص نیست.

پروپرانولول و انواع دیگر بتابلاکرها نیز سبب اختلالات نعوظی می‌گردند. این مشکل در اثر مصرف بتابلاکرهاى محلول در چربی بیشتر است اما با مصرف آتنولول و قطره چشمی تیمولول نیز گزارش شده است. کاهش خون رسانی یا اثر مستقیم بر عضلات صاف می‌تواند مسئول ایجاد آن باشد.

داروهای مسدودکننده کانال‌های کلسیم نسبت به بتابلاکرها و مدرها مشکلات کمتری ایجاد می‌کنند. در این میان داروهای مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین سبب ناتوانی جنسی نمی‌شود.

داروهای سایکوتروپیک

افسردگی خود می‌تواند سبب ناتوانی جنسی

سبب انقباض عضلات صاف پروستات و وزیکول‌های منی و لوله‌های منی بر می‌شوند. اختلالات انزالی عبارتند از عدم انزال و انزال پس‌رو (برگشت منی به مثانه).

داروهای پایین آورنده فشارخون

شیوع اختلالات نعوظ و انزال در بین مردان مبتلا به فشارخون بالا از مردان دارای فشارخون طبیعی بیشتر است. بنابراین، ارزیابی اثر دارو در این رابطه مشکل می‌باشد. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلال نعوظ به گروه داروهای پایین آورنده فشارخون بستگی دارد. بسیاری از بیماران در اثر ایجاد اختلال جنسی مصرف داروی خود را متوقف می‌کنند.

این اختلالات در اثر مصرف داروهای قدیمی مانند رزپین و گوانیتیدین به وجود می‌آیند. کلونیدین و متیل دوپا نیز سبب کاهش میل جنسی و ناتوانی در نعوظ و انزال می‌شوند. داروهای مسدودکننده آنها مانند پرازوسین و ایندورامین (Indoramin) نیز سبب انزال پس‌رو یا ناقص

شود. بنابراین ارزیابی اثر دارو در این مورد مشکل است. داروهای ضد افسردگی و ضد سایکوز هر دو سبب ایجاد اختلالات جنسی در زن و مرد می‌شوند.

ناتوانی و اختلال در نعوظ توسط گروه‌های مختلف داروهای ضد افسردگی گزارش شده است. شواهدی در دست هستند که نشان می‌دهند داروهای ضد افسردگی موثر بر سیستم سروتونینرژیک مانند مهارکننده‌های اختصاصی برداشت مجدد سروتونین SSRIS (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) و مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOIS) سبب کاهش میل جنسی و اختلال در انزال، ارگاسم دیررس و عدم ارگاسم (آنورگاسمی) می‌شوند. سروتونین بر اعمال جنسی اثر مهاری دارد. مکانیسم ارگاسم به درستی تایید نگردیده اما به نظر می‌رسد که به وسیله تعادل بین کولینرژیک و آدرنرژیک تنظیم می‌گردد که در این میان تحریک گیرنده‌های سروتونینی، انزال ناشی از فعالیت آدرنرژیک را مهار می‌کند.

مصرف روزافزون داروهای مهارکننده برداشت سروتونین سبب شده که روز به روز بر موارد اختلال جنسی ناشی از آنها افزوده گردد. فراوانی این اختلال بین مصرف کنندگان حدود ۲۰ درصد است.

این عوارض عبارتند از: ارگاسم دیررس و اختلال در ارگاسم. این عارضه سبب گردیده تا داروهای SSRIS در درمان انزال زودرس مصرف شوند.

داروهای MAOIS نیز سبب انزال دیررس می‌گردند. فنوتیازین‌ها به خصوص تیوریدازین نیز سبب اختلال در انزال و دردناک می‌شوند. داروهای ضد سایکوز جدید مانند اولانزپین (Olanzapine) کنند سبب این مشکلات می‌شوند.

پریاپیسم (Priapism)

پریاپیسم یعنی نعوظ طولانی و دردناک که به تحریک جنسی بستگی ندارد. این مشکل وقتی ایجاد می‌شود که مکانیسم‌های تنظیم کننده، به وجود آورنده و نگهدارنده نعوظ بد عمل کرده و یا راه خروج وریدی خون از اجسام غاری مسدود شود. این بیماری یک فوریت پزشکی است و باید به منظور جلوگیری از ایجاد فیبروز یا گانگرن به سرعت درمان شود. مراقبت‌های لازم عبارتند از: آسپیراسیون خون، تجویز داروهای سمپاتومیمتیک تنگ کننده رگ مانند فنیل افرین. داروها بخش اندکی از عوامل مهم ایجاد کننده پریاپیسم هستند که به ۴۰ درصد موارد بالغ می‌شود.

جدول ۳- داروهای ایجاد کننده پریاپیسم

الف- داروهای ضد انعقاد ب- هالوپریدول ج- هیدرالازین د- نیفدپین ه- پاپاورین	و- فنوتیازین‌ها ز- فنوتولامین ح- پرازوسین ط- ریسپریدون ی- ترازودون
---	--

غیرارادی پیدا می‌کنند. مکانیسم نوروماسکولار ایجاد کننده این حالت مشابه مردان در نظر گرفته می‌شود.

ناتوانی در رسیدن به ارگاسم (آنورگاسمی) در اثر مصرف داروهای سایکوتروپیک در زنان شایع است. این مشکل با داروهای MAOI، SSRI، TCA، کلوزاپین و ریسپریدون گزارش شده است. گزارش‌هایی در مورد متیل دوپا و کلونیدین نیز دریافت شده‌اند جدول ۴. ارگاسم خود به خودی (Spontaneous orgasm) در اثر مصرف فلوکستین و کلومیپرامین گزارش شده است.

تغییر در میل جنسی

کاهش میل جنسی در اثر مصرف داروها در مرد و زن زیاد دیده می‌شود. تمام داروهای که سبب مهار سیستم اعصاب مرکزی می‌شوند، میل جنسی را کاهش می‌دهند. در زنان کاهش میل جنسی بسیار شایع بوده و درمان آن مشکل است. این حالت ممکن است در اثر بیماری‌های مختلفی (مانند اختلالاتی که تماس جنسی را دردناک می‌سازند) استرس، خستگی و دارو ایجاد شود.

مکانیسم محتمل پریاپیسم در مورد آنتاگونیست‌های گیرنده آلفا، جلوگیری از انقباض عروق قابل ذکر است. پرازوسین دارویی است که از نظر ایجاد این مشکل قربانیان زیادی دارد. بین داروهای سایکوتروپیک فنوتیازین‌ها و ترازودون (Trazodone) نیز می‌توانند مشکل ساز باشند. پریاپیسم ناشی از ترازودون بیمار را در هر سنی گرفتار می‌کند و در ماه اول درمان ایجاد می‌شود. هیدرالازین، نیفیدیدین، داروهای ضد انعقاد و Risperidone نیز می‌توانند پریاپیسم ایجاد نمایند.

داروهایی که برای درمان اختلال نعوظ به آلت تزریق می‌شوند (مانند پاپاورین، فنتولامین و آلپروستادیل) نیز می‌توانند پریاپیسم ایجاد کنند.

اختلال در ارگاسم زنان

اختلالات جنسی در مورد زنان به درستی مورد تحقیق قرار نگرفته‌اند و مکانیسم‌های ایجاد کننده آن مشخص نیست. اغلب مشکلات به اختلال در ارگاسم و خشکی واژن و کاهش میل جنسی مربوط می‌شوند. هنگام ارگاسم ماهیچه‌های رحم و واژن انقباضات ریتمی و

جدول ۴- داروهای ایجاد کننده اختلالات جنسی در زنان

الف- داروهای ضد افسردگی (TCA، MAOI، SSRI)	و- استروژن‌ها
ب- بنرودیازپین‌ها	ز- پروپرانولول
ج- سایمتیدین	ح- اسپیرونولاکتون
د- کلونیدین	ط- مدرهای تیازیدی
ه- آنالوگ‌های گونادورلین	ی- ترازودون

داروهای کاهنده فشارخون مانند کلونیدین و متیل دوپا میل جنسی زن را کاهش می‌دهند. میزان شیوع این اختلال در زن و مرد در اثر متیل دوپا ۱۴-۷ درصد است. اسپیرونولاکتون با اثر آنتی آندروژنی خود میل جنسی را می‌کاهد. پروپرانولول، تیازیدها و آنتاگونیست‌های کلسیم اثر ملایمی دارند در حالی که کاپتوپریل بی‌اثر است.

داروهای سایکوتروپیک میل جنسی را از طرق مختلف در زن و مرد تحت اثر قرار می‌دهند این مکانیسم‌ها عبارتند از: تسکین (Sedecation)، اثر بر میانجی‌های عصبی محیطی و مرکزی و اثر بر هورمون‌ها (پرولاکتین). داروهای ضد افسردگی میل جنسی را کاهش می‌دهند. داروهای MAOI به خصوص فنلزین و SSRI رغبت جنسی را می‌کاهند. شیوع این مشکل در مورد SSRI حدود ۴۰ درصد است.

به طور کلی میزان شیوع اختلال جنسی در مورد داروهای گروه SSRI از MAOI و TCA بیشتر است.

کم —————> زیاد

SSRIs > MAOIs > TCAs

داروهای ضد اضطراب نیز از طریق مهار سیستم اعصاب مرکزی و شل شدن عضلات سبب بروز این مشکل می‌شوند. سایمتیدین نیز می‌تواند از طریق آنتاگونیزه کردن اثر آندروژن‌ها میل جنسی را از بین ببرد. این مشکل با رانیتیدین ایجاد نمی‌شود.

داروهای که سبب کاهش تستوسترون می‌شوند مانند آنتی آندروژن‌ها، آنالوگ‌ها گونادورلین و استروژن‌ها در مردان میل جنسی را کاهش می‌دهند.

افزایش میل جنسی یک عارضه نادر است. ترازودون میل جنسی را در مرد و زن از طریق افزایش دوپامین در کاهش پرولاکتین افزایش می‌دهد.

مراقبت (Management)

مراقبت در مورد اختلالات جنسی ناشی از داروها می‌تواند مشکل باشد. در بعضی از موارد می‌توان دارودرمانی را به سمیت مصرف داروهای که مشکل ساز نباشند مثلاً از تیازید به مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین تغییر داد. در بسیاری از موارد جایگزین مناسبی پیدا نمی‌شود. بنابراین، راه دیگر کاهش دوز یا مصرف دارو بعد از تماس جنسی یا قطع موقتی دارو است.

اختلال جنسی ناشی از داروها شیوع کمی دارد و معمولاً در مورد آن از طرف داروساز به مریض توضیحی داده نمی‌شود اما اگر در این مورد داروساز مورد سؤال قرار گیرد، این مشکل باید با لحنی بی‌طرف و خنثی عنوان شود. به طور کلی در مورد ناتوانی جنسی در اکثر موارد پیچیدگی‌های زیادی وجود دارد و باید به بیمار توصیه شود که در صورت بروز این مشکل با پزشک خود مشورت نماید.

زیرنویس:

۱. Orgasm: مرحله اوج لذت جنسی که در مردان با انزال و در زنان معمولاً با انقباضات ریتمی رحم و واژن مشخص می‌شود.

منبع:

1. Maclean F. Drug induced sexual dysfunction and infertility. Pharmaceutical J. 1999; 262: 780 - 784.