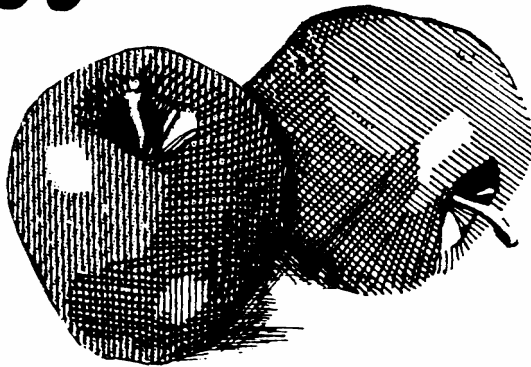


روش های جدید

درمان ناتوانی جنسی

در مردان



دکتر مسعود محقق

گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران

عبارت دیگر ناتوانی جنسی ممکن است ثانویه بوده و مثلاً ناشی از بیماریهای غددی یا اختلالات روانی و یا بیماریهای دستگاه تناسلی و ادراری باشد. چنین احساس می شود که بیشتر موارد اشکال در نعوظ، دارای علت روانی باشد، لیکن در حال حاضر تصور می گردد که اغلب مردان ناتوان از نوعی بیماری عضوی رنج می برند که در واقع علت ضمنی مشکل مزبور است و به همین جهت به هنگام درمان باید تمام جنبه های مکانیسم نعوظ را مورد ارزیابی قرار داد.

تعریف ساده ناتوانی جنسی در مردان عبارت است از فقدان یا عدم توانایی نعوظ و یا انزال و یا هر دو. مردانی که از ناتوانی جنسی رنج می برند شکایات متفاوت و متعددی دارند که عبارتند از فقدان میل جنسی (Loss of libido)، عدم توانایی در نعوظ (Impotence)، حفظ و ادامه آن و یا اشکال در انزال و یا انزال زودرس (Premature Ejaculation). ناتوانی جنسی ممکن است ناشی از بیماریهای سیستمیک و یا به علت داروها برای درمان بیماریهای مختلف باشد. به

اختلال در عمل نعوظ

این عارضه یکی از شایعترین مشکلاتی است که بیمار و همسرش را در هیجان و خوشحالی مربوط به نزدیکی می‌آزارد. در یک آمار که در کشورهای تایلند و سنگاپور تهیه شده است و فور آن را حدود ۹ تا ۱۲٪ ذکر می‌کنند. در سنگاپور در یک آمار نشان دادند که ۷۰٪ از اختلالات نعوظ مربوط به دیابت قندی و بیماری عروقی دستگاه تناسلی است و از نظر روانی هیجان را بیشترین عامل ایجاد بیماری تلقی کردند. درمان جاری برای این بیماری که توسط خود فرد باید انجام پذیرد تزریق داروی پروستاگلاندین E₁ (Alprostadil) در داخل جسم غاری آلت می‌باشد که مستقیماً به داخل آلت تزریق می‌شود و روش بسیار موثری است در صورتی که بیمار بپذیرد که این عمل را خود انجام دهد.

امعال جراحی و استفاده از وسایلی مانند اسباب مکنده‌ای که در بیماران مخصوص بکار برده می‌شود (با عمل روانی و ارگانیکی) و اغلب طرف مقابل نمی‌پذیرد و استفاده از روشهای دیگری مانند کاشتن آلت تناسلی که احتیاج به عمل جراحی دارد و یا با عمل جراحی روی عروق آلت و یا تجویز برخی داروها مثل Sulbutiamine به عنوان کمکی و مصرف یوهیمبین که ۲۰-۴۰ درصد موارد نعوظ را نگه می‌دارد و احتیاج به مراقبت دقیق پزشک دارد (۱)، در حقیقت بهترین روش برای نگهداری نعوظ تزریق PGE₁ به داخل جسم غاری آلت است که توسط خود بیمار انجام می‌گیرد و در تمام اشکال اختلالات نعوظ موثر و مفید می‌باشد و این متد بسیار ساده بوده و در بیماران سرپایی سه بار در هفته انجام می‌گیرد.

از بین رفتن نعوظ احتمالاً می‌تواند ناشی از اختلالات غددی و تجویز داروها و یا علل نورولوژیک و عروقی باشد که هم به آسانی قابل تشخیص و هم قابل درمان می‌باشند. هیپرپرولاکتینمی احتمالاً به علت وجود تومور در هیپوفیز است و یکی از دلایل عدم نعوظ می‌باشد که به هنگام معاینه بدنی مشهود نیست. تجویز برموکریپتین راه علاج بیماری است زیرا هیپرپرولاکتینمی موجب عدم ترشح هورمونهای هیپوتالاسمی LHRH و FSHRH می‌گردد. برخی از داروها مانند سایمتیدین که خاصیت آنتی آندروژنی دارند و داروهای ضدافزایش فشارخون مرکزی مانند رزپین، گوانتیدین، مهارکننده‌های MAO، داروهای ضدجنون و ضدافسردگی همگی به علت عوارض آنتی کولینرژیک و آنتی آدرنرژیک موجب اشکال در نعوظ می‌گردند. بیماری‌های آلت تناسلی مانند سابقه نعوظ دردناک، آترومای آلت و بیماری پیرونی همگی به علت ایجاد فیبروز در بافت غاری و فضاهاى سینوزوئیدی آلت می‌تواند ایجاد اشکال در نعوظ کنند. به علاوه انسداد شریان کورپورال و مکانیسم‌های نورولوژیک هم

●● از بین رفتن نعوظ احتمالاً می‌تواند ناشی از اختلالات غددی و تجویز داروها و یا علل نورولوژیک و عروقی باشد که هم به آسانی قابل تشخیص و هم قابل درمان است. ●●

از جمله عوامل معمول در ایجاد اختلال در نعوظ می‌باشند. بسیاری از آسیب‌های نورولوژیک مانند آسیب قسمت قدامی لب تامپورال و

اختلالات مربوط به طناب نخاعی و عدم کفایت ورود ایمپالس‌های حسی به نخاع مانند آنچه که در بیماری تابس دور سالیس دیده می‌شود و آسیب‌های اعصاب پاراسمپاتیک ضمن جراحی پروستات و سیستکتومی و همین‌طور دیابت از جمله عوامل بسیار موثر در ناتوانی جنسی و اشکال در نعوظ می‌باشند. سایر نوروپاتی‌ها مانند اختلالات راه‌های آوران حسی و اعصاب بافت غاری آلت که راه‌های آوران برای ایجاد انبساط عروق آلت است و همین‌طور کاهش میانجی‌های عصبی بافت غاری آلت و بسیاری از پولی نوریت‌ها می‌توانند مانع ایجاد نعوظ شوند. اما در بیشتر موارد اشکال در نعوظ منشأ عروقی دارد و همراه با ناتوانی کامل نعوظ می‌باشد و حتی ممکن است در ضمن مقاربت، سختی آلت از بین برود و موجب ناتوانی گردد. نارسایی‌های عروقی بیشتر مربوط به انسداد آئورت و شریان‌های پودنتال و کاورنوسال است. گاهی هم علت ناتوانی ناشی از آسیب‌های توام عصبی و عروقی است که بیشتر در بیماری دیابت دیده می‌شود. انزال زودرس بیشتر علت روانی دارد و به ندرت ناشی از ضایعات عضوی است. اضطراب و انتظارات غیرمنطقی به هنگام مقاربت و اختلالات عاطفی و احساسی از دلایل اصلی انزال زودرس می‌باشند (۳).

فقدان انزال و عدم خروج مایع منی بیشتر

به دلایل زیر است:

- ۱- انزال برگشتی
- ۲- قطع عصب سمپاتیک
- ۳- کاهش آندروژن‌ها
- ۴- داروها

انزال برگشتی بیشتر در افرادی دیده می‌شود که جراحی کیسه مثانه داشته و احیاناً موجب آسیب اسفنکتر گردن مثانه شده است و یا در افراد دیابتی که ظهور آن اغلب ناگهانی است و یا مصرف بعضی داروها مانند گوانتیدین که موجب انزال رتروگراد می‌گردد. تشخیص این امر با مشاهده اسپرم در ادرار پس از مقاربت ممکن می‌شود. قطع عصب سمپاتیک پس از جراحی صفاق هم منجر به بروز چنین ضایعه‌ای می‌گردد زیرا در نتیجه این امر عصب‌گیری پروستات به کیسه منی از بین می‌رود که حاصل آن فقدان انقباضات عضلات صاف اعضای مزبور به هنگام مقاربت است. داروهای مسدود آلفا مثل فنتولامین و فنوکسی بنزامین هم ممکن است مشکل مشابهی را بوجود آورند، در صورتی که نعوظ طبیعی باشد فقدان ارگاسم جنسی کاملاً جنبه روانی خواهد داشت.

پریاپیسم

در بعضی موارد نعوظی وجود دارد که بعد از انزال هم برقرار باقی می‌ماند، این حالت پریاپیسم نامیده می‌شود. علل مختلفی برای این عارضه از قبیل بیماری‌های خونی، اختلالات انعقادی، مصرف بعضی داروهای روان‌گرا، عفونت جسم غاری و ... ذکر شده است. مورد خاص دیگر هنگامی است که برای درمان ناتوانی جنسی از بعضی داروها مانند داروهای پاپاورین، مسددهای آلفا و پروستاگلاندین‌ها استفاده می‌شود، داروهای اخیر باعث نعوظ می‌شوند و به ندرت نعوظ غیرقابل برگشت و یا بسیار طولانی مدت می‌گردد. در صورتی که پریاپیسم بیش از ۶ ساعت طول بکشد از تزریق

داخل جسم غاری اتیل افرین (آگونست آلفای سمپاتیک) استفاده می‌شود. دارو را می‌توان از راه خوراکی برای پیش‌گیری پری‌ایپسم بکار برد (۲).

درمان ناتوانی جنسی

درمان با آندروژن‌ها نتیجه‌ای بیشتر از کاربرد دارونما ندارد مگر آنکه بیمار مبتلا به هیپوگوناדיسم باشد. در واقع مصرف آندروژن‌ها احتمالاً موجب اشکال در تشخیص اتیولوژی بیماری شده و حتی احتمال درمان آن را نیز به تعویق می‌اندازد. اگر تومورهای ترشح‌کننده پرولاکتین وجود داشته باشند، درمان جراحی و حذف تومور ضرورت دارد و یا درمان طبی با برموکریپتین صورت می‌گیرد. در صورتی که ناتوانی جنسی مربوط به انسداد شریان باشد به شرطی درمان جراحی مفید واقع می‌شود که موجب آسیب اعصاب خودکار آلت تناسلی نگردد. زیرا در غیر این صورت نه تنها ناتوانی جنسی اعاده نمی‌شود بلکه موجب محو دایمی نعوظ نیز می‌گردد. ارزش پیوندهای عروقی و استفاده از بالون برای رفع انسداد شریانهای آلت چندان مشخص نیست. درمان

●● درمان ناتوانی جنسی با آندروژن‌ها، نتیجه‌ای بیشتر از کاربرد دارونما ندارد، مگر آنکه بیمار مبتلا به هیپوگوناדיسم باشد. ●●

دارویی شامل استفاده از داروهای متعدد موثر بر عروق است که برای ایجاد نعوظ مصرف می‌شوند مثلاً استفاده از پاپاورین و فنتولامین که مستقیماً در بافت آلت تزریق

می‌گردند و یا استفاده از یوهیمین به طور خوراکی.

۱- درمان با یوهیمین - این ماده یک آلكالوئید اندول آلکیل‌آمین است که در پوست گیاه کوزی ناتایوهمب وجود دارد و دارای اثر انتخابی مسدودگیرنده‌های آلفا دو آدرنرژیک است و مکانیسم احتمالی آن مهار گیرنده‌های آلفا دو آدرنرژیک پیش و پس سیناپسی است و حدس زده می‌شود که موجب افزایش ترشح نورآدرنالین از انتهای اعصاب سمپاتیک و بهبود انزال گردد و همین طور احتمالاً انسداد گیرنده‌های آلفا دو آدرنرژیک پس سیناپسی موجب ازودیلاتاسیون عروق آلت می‌شود.

●● در یک مطالعه جدید نشان داده شده که مصرف یوهیمین ۳۰٪ بهبودی کامل و ۳۰٪ بهبودی نسبی داده است. ●●

گرچه مطالعات In vitro در خرگوش و انسان موید چنین نظری نیست. بر اساس مطالعه مزبور به نظر نمی‌رسد یوهیمین فعالیت مسدودی آلفا در آلت تناسلی داشته باشد. به علاوه تراکم گیرنده‌های آلفایک آدرنرژیک در بافت آلت تناسلی مردان خیلی بیشتر از تراکم گیرنده‌های آلفا دو آدرنرژیک است. با این وجود، مطالعات قدیمی نشان داده‌اند که مصرف توام یوهیمین و تستوسترون یک بهبودی ۸۰٪ را در بیماران ناتوان به وجود آورده است که بعداً معلوم شد مطالعات مزبور نقایص روش‌شناسی داشته‌اند. مطالعات جدید نشان داده است که در ۲۳٪ بیماران مورد مطالعه با مصرف روزانه ۶ میلی‌گرم یوهیمین سه بار در روز، ۲۶٪ بهبودی

کامل داشته‌اند و در ۱۷٪ هم بهبودی نسبی دیده شده است و در یک مطالعه جدید هم از ۲۰٪ بهبودی کامل و ۲۰٪ بهبودی نسبی خبر می‌دهد. به طور کلی مصرف روزانه یوهیمین همراه با بهبودی نسبی پارامترهای نعوظ شبانه (NTP) بوده‌اند. تعیین ارزش واقعی یوهیمین در درمان ناتوانی جنسی مردان احتمالاً نیاز به مطالعات بیشتر و دقیق‌تر دارد (۴).

۲- درمان ناتوانی نعوظی از طریق تزریق مستقیم داروها در داخل جسم آلت (Intracorporal Injection) مصرف فنوکسی بنزامین، مسدود آلفای غیرقابل برگشت، از راه خوراکی همراه با توفیق زیاد نبوده است ولی تزریق ۵ میلی‌گرم آن در جسم آلت در ۱۳ بیمار مورد تجربه همراه با ایجاد نعوظ به مدت ۱ تا ۲۲ ساعت بوده است که در یک مورد نعوظ مداوم و دردناک گزارش شده است. بی‌خطری مصرف طولانی مدت آن اثبات نشده و حداقل به دو دلیل مصرف مداوم آن توصیه نمی‌شود.

۱- pH نامناسب حدود ۲/۸ که موجب تحریک و زخم و فیبروز آلت می‌شود.
۲- اثرات موتاژنیک احتمالی دارد.

مصرف فنتولامین، یک مسدود آلفای کوتاه

اثرتر، به مقدار ۵ میلی‌گرم به صورت تزریق داخل ورید آلت، ایجاد نعوظ به مدت ۱ تا ۱۲ ساعت کرده است. مصرف پاپاورین به مقدار ۸۰ میلی‌گرم به صورت تزریق داخل آلت موجب ایجاد نعوظ به مدت ۱ تا ۴ ساعت شده است. در یک مطالعه دیگر تزریق توام پاپاورین به مقدار ۲۵ میلی‌گرم همراه با یک میلی‌گرم فنتولامین در جسم آلت در یک صد بیمار مورد مطالعه تقریباً در ۱۰۰٪ موارد باعث نعوظ

کامل شده است و فقط در دو مورد نعوظ دردناک و مداوم وجود داشته است که برای رفع آن از فنیل‌افرین و نوراپی‌نفرین تزریقی و شستشو بوسیله محلول سرم فیزیولوژی استفاده شده است (۳).

● مصرف پاپاورین به مقدار ۸۰ میلی‌گرمی به صورت تزریق داخل آلت موجب نعوظ به مدت ۱ تا ۴ ساعت شده است. ●

با توجه به تجربیات فوق در بهترین شرایط استفاده از روش‌های تزریقی در داخل جسم آلت فقط جنبه موقتی دارد که درمان‌های طولانی مدت روش فوق نیاز به تجربیات بیشتر دارد و مطالعات متخصصین اورولوژی و فارماکولوژی در حال حاضر درک بهتری از فیزیولوژی و فارماکولوژی و پاتولوژی آلت تناسلی را در سالهای اخیر میسر ساخته است که نهایتاً و احتمالاً موجب یافتن روش‌های موثرتر درمان ناتوانی جنسی در سالهای آینده خواهد بود (۴).

منابع:

1. Lim P. Erectile dysfunction dispelling the myth. Asian Med News. 1996; 14: 15 - 18.
2. Olivier D. Priapism. Glio Med. 1997; 59: 65 - 77.
3. Malloy TRE. Malko WB. Pharmacologic treatment of impotence. Urol Clin North Am. 1987; 14: 297 - 307.
4. Walsh PCE. Wilson JD. Impotence in men. In: Wilson JD. Braunwald E(eds). Harrison principles of internal medicine. New York: McGraw - Hill; 1994; 213.