



团 体 标 准

T/CACM 1373.20—2023

神志病中西医结合诊疗指南 第 20 部分：心理 性勃起障碍

Guidelines for diagnosis and treatment of mental diseases with integrated traditional Chinese and western medicine—Part 20: Psychological erectile dysfunction

2023 - 04 - 17 发布

2023 - 04 - 17 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目次

前言	II
引言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断	1
4.1 概述	1
4.2 西医诊断	2
4.3 中医诊断依据	2
4.4 鉴别诊断	3
4.5 中医病机及证候分型	3
5 治疗	3
5.1 中医治疗原则	3
5.2 中西医结合治疗策略	4
5.3 中医治疗	4
5.4 西医治疗	6
5.5 疗程	7
6 预防与调护	8
7 转归和预后	8
参考文献	9

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是 T/CACM 1373《神志病中西医结合诊疗指南》的第20部分。T/CACM 1373 已经发布了以下部分：

- 第1部分：精神分裂症；
- 第2部分：疑病症；
- 第3部分：非器质性失眠症；
- 第4部分：躁狂症；
- 第5部分：强迫症；
- 第6部分：抽动障碍；
- 第7部分：癫痫所致精神障碍；
- 第8部分：急性应激障碍；
- 第9部分：惊恐障碍；
- 第10部分：酒精中毒性精神障碍；
- 第11部分：癔病；
- 第12部分：中风后精神障碍；
- 第13部分：恶劣心境；
- 第14部分：发作性睡病；
- 第15部分：焦虑障碍；
- 第17部分：躯体形式障碍；
- 第18部分：神经衰弱；
- 第19部分：围绝经期精神障碍；
- 第20部分：心理性勃起障碍；
- 第21部分：抑郁障碍；
- 第22部分：注意缺陷多动障碍。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：黑龙江神志医院、浙江省立同德医院（浙江省精神卫生中心）、黑龙江省老年病医院、山西中医药大学、黑龙江省精神心理卫生研究中心、北京中医药大学深圳医院（龙岗）、无锡市精神卫生中心、上海复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、沈阳市精神

卫生中心、沈阳市安宁医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、烟台毓璜顶医院、福建省平南市人民医院。

本文件主要起草人：柴剑波、白冰、赵永厚、张大辉、于明、赵思涵、赵玉萍、毕焕洲、王群松、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

全国团体标准信息平台

引 言

心理性勃起障碍是常见的性功能障碍性疾病之一，中西医结合治疗心理性勃起障碍已广泛应用到临床实践中，但目前尚无高质量的中西医结合治疗心理性勃起障碍的临床诊疗指南，特制定本文件，可用于规范心理性勃起障碍中西医结合诊断和治疗，具有一定权威性、约束力及推广应用价值；对建立和完善相关技术规范，促进中西医结合临床诊疗作用与优势发挥起到示范性作用；对规范应用中西医结合疗法干预治疗心理性勃起障碍，提高临床整体疗效具有重要指导性作用；有利于提高中医药治疗心理性勃起障碍的作用及相关研究在国际上的影响力、统一性和认可度。

本文件以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合疗效的最优化为制定目标，整理国内外中医药及中西医结合治疗心理性勃起障碍的治疗方案及临床经验。基于循证指南制定方法和最新研究证据，采用文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论相结合的循证医学研究方法，成立多学科指南起草工作组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，根据关键问题和结局制定检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现行相关国际指南，按照“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”进行证据分级，采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见，有效集成专家经验，经专家讨论论证，完成本文件制定工作。

本文件中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为本文件中的内容已经囊括了心理性勃起障碍临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据本文件中的相关内容来做出判断或评价。本文件中涉及的内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家的共识，临床诊疗标准并不是一成不变的，在使用过程中要不断对相关理论知识、操作技术及诊疗规范等进行提炼和总结完善，形成更为合理、有效和更为科学的操作模式。

T/CACM 1373《神志病中西医结合诊疗指南》拟由以下部分组成。

——第 1 部分：精神分裂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供精神分裂症中西医结合诊疗指导。

——第 2 部分：疑病症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供疑病症中西医结合诊疗指导。

——第 3 部分：非器质性失眠症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供非器质性失眠症中西医结合诊疗指导。

——第 4 部分：躁狂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躁狂症中西医结合诊疗指导。

——第 5 部分：强迫症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供强迫症中西医结合诊疗指导。

——第 6 部分：抽动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抽动障碍中西医结合诊疗

疗指导。

——第7部分：癫痫所致精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癫痫所致精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第8部分：急性应激障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供急性应激障碍中西医结合诊疗指导。

——第9部分：惊恐障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供惊恐障碍中西医结合诊疗指导。

——第10部分：酒精中毒性精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供酒精中毒性精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第11部分：癔病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癔病中西医结合诊疗指导。

——第12部分：中风后精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供中风后精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第13部分：恶劣心境。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供恶劣心境中西医结合诊疗指导。

——第14部分：发作性睡病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供发作性睡病中西医结合诊疗指导。

——第15部分：焦虑障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供焦虑障碍中西医结合诊疗指导。

——第16部分：进食障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供进食障碍中西医结合诊疗指导。

——第17部分：躯体形式障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躯体形式障碍中西医结合诊疗指导。

——第18部分：神经衰弱。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供神经衰弱中西医结合诊疗指导。

——第19部分：围绝经期精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供围绝经期精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第20部分：心理性勃起障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供心理性勃起障碍中西医结合诊疗指导。

——第21部分：抑郁障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抑郁障碍中西医结合诊疗指导。

——第22部分：注意缺陷多动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供注意缺陷多动障碍中西医结合诊疗指导。

神志病中西医结合诊疗指南 第 20 部分：心理性勃起障碍

1 范围

本文件界定了心理性勃起障碍的术语和定义，给出了心理性勃起障碍的诊断治疗、预防与调护建议，并给出了转归和预后以及注意事项的说明。

本文件适用于心理性勃起障碍的中医、中西医结合临床诊疗，可供中医师、中西医结合医师、临床医师、针灸医师和临床药师等专业技术人员，以及心理性勃起障碍诊疗和管理相关医务工作者在具备开展中西医结合治疗心理性勃起障碍的所有医疗机构中使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021、GB/T 16751.3—2023 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

心理性勃起障碍 psychological erectile dysfunction

一种心理性功能障碍。临床表现为阴茎持续不能达到和（或）维持足够的勃起以获得满意的性生活（性交）。

注：心理性勃起障碍相当于中医神志病学“阳痿”等范畴。

4 诊断

4.1 概述

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断，属于中医的哪种疾病，并进行中医证候诊断。

4.2 西医诊断^[1-8]

4.2.1 诊断要点

临床诊断具备以下要点：

- a) 难以产生或维持进行满意的性交所需要的阴茎勃起，如果在某些特定的场景，如在睡梦中或手淫、性幻想时，阴茎可以正常勃起，考虑心理性勃起障碍。
- b) 排除与勃起功能障碍有关的神经系统、内分泌系统、心血管系统及生殖器官的发育缺陷和异常等，未曾服用影响阴茎勃起的药物及其他物质。
- c) 常有精神心理创伤史，如家庭工作环境的压力或重大变故，或罹患抑郁障碍等影响性功能的疾病。

4.2.2 临床表现

成年男性在性活动中能够产生性欲，但难以产生或维持满意的性交所需要的阴茎勃起或勃起不充分，或维持时间过短等，以致于性交时阴茎不能舒适地插入阴道，完成性交全过程。睡梦中、晨起或手淫时等情况下阴茎勃起完全。

4.2.3 诊断标准

在所有或几乎所有情况下（约75%~100%）与伴侣的性活动中（在可确认的情况下，或广义而言，在所有情况下），必须出现下列3项症状中的至少1项：

- a) 性活动时，获得勃起存在显著困难；
- b) 维持勃起直到完成性活动存在显著困难；
- c) 勃起的硬度显著降低。

DSM-5给出了每个类型性功能障碍的具体诊断标准。其共同特征，概括如下：

- a) 在与伴侣的性活动中，具有某种性功能障碍的症状，出现于所有或几乎所有情况下；
- b) 该类型性功能障碍的症状，持续存在至少6个月；
- c) 该类型性功能障碍的症状引起个体具有临床意义的痛苦；
- d) 该类型性功能障碍不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释，或作为严重的关系困扰或其他显著应激源的结果，也不能归因于物质/药物的效应或其他躯体疾病。

4.2.4 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室等检查排除其他器质性疾病。纸带或Snap-Gauge试验、阴茎硬度测试仪、阴茎肱动脉血压指数测定、阴茎海绵体注射血管活性药物试验等特殊检查往往为阴性结果。同时结合勃起功能国际问卷（IIEF-5）等相关量表对本病进行评定。

4.3 中医诊断依据

中医诊断依据包括主症和兼症等，其中主症按照GB/T 16751.1—2023诊断，具体如下：

- a) 成年男子性交时，阴茎痿而不举，或举而不坚，或坚而不久，无法进行正常性生活。但除外阴茎发育不良引起的性交不能；

- b) 常有神疲乏力，腰酸膝软，畏寒肢冷，夜寐不安，精神苦闷，胆怯多疑，或小便不畅，滴沥不尽等症；
- c) 本病常有房劳过度，手淫频繁，久病体弱，或有消渴、惊悸、郁病等病史。

4.4 鉴别诊断

心理性勃起障碍当与早泄、器质性勃起障碍、外伤或药物所致的勃起障碍作出鉴别。

4.5 中医病机及证候分型

4.5.1 中医病因病机

本病的基本病机是脏腑受损，精血不足，或邪气郁滞，宗筋失养而不用。

病位在宗筋，与肝、肾、心、脾关系密切。

病理性质有虚实之分，且多虚实相兼。

病理因素为气滞、湿热、寒湿、痰浊、血瘀。

病理机制为宗筋作强有赖于肝、肾、脾精血之濡养，宗筋失养则阳事不举。阳事之举，必赖心火之先动，如心火失养，难行君主之令，阴茎软而不举。肝郁不舒，湿热下注属实，多责之于肝。命门火衰，心脾两虚，惊恐伤肾属虚，多与心、脾、肾有关。若久病不愈，常可因实致虚，如湿热下注，湿阻阳气，可致脾肾阳虚之证；湿热灼伤阴精，或肝郁化火伤及肝肾，而成肝肾阴虚之证。脏腑因功能失调，亦可因虚致实，如脾虚痰湿内生，或久病入络夹瘀，可致脾虚夹湿夹痰、肾虚夹痰夹瘀之证。久病阳痿，所欲不遂，多兼肝郁不舒，病情更加错综复杂。

4.5.2 中医证候分型

按照 GB/T 16751.2—2021，临床常见中医证候分型如下：

- a) 肝气郁结证：临房不举，睡中自举，或起而不坚，情志抑郁，胸胁胀痛，嗝气，脘闷不适，食少便溏；舌质淡，苔薄白，脉弦或弦细。
- b) 湿热下注证：阳痿不举，阴茎弛长，睾丸坠胀作痛，阴囊瘙痒或潮湿多汗，泛恶口苦，胁胀腹闷，肢体困倦，尿黄赤涩灼痛，大便不爽，口黏口苦；舌质红，苔腻黄，脉滑数。
- c) 命门火衰证：阳痿不举，性欲减退，或举而不坚，精薄清冷，神疲倦怠，畏寒肢冷，面色白，头晕耳鸣，腰膝酸软，夜尿清长，五更泄泻，阴器冷缩；舌淡胖，苔薄白，脉沉迟或细。
- d) 心脾亏虚证：阳痿不举，遇劳加重，心悸，失眠多梦，神疲乏力，面色萎黄，食少纳呆，腹胀便溏；舌淡边有齿痕，苔薄白，脉细弱。
- e) 惊恐伤肾证：临房不举，时有自举，兼见胆怯多疑，言迟声低，心悸惊惕，夜寐多梦；舌质淡，苔白，脉弦细。

5 治疗

5.1 中医治疗原则

本病的治疗总以恢复宗筋气血正常运行为目的。实证治肝为主，如肝气郁结者宜疏泄，湿热下注者宜清利，宗筋脉络瘀滞者宜活血通络，惊恐伤肾者宜益肾宁神。虚证治心、脾、肾为主，如心脾两

虚者当健脾养心，命门火衰者当温肾填精，阴精亏虚者当滋阴养筋。本病早期单纯由命门火衰所致者并不多见，治疗切勿滥用补肾壮阳之品。

5.2 中西医结合治疗策略

心理性勃起障碍的药物治疗推荐原则：

- a) 对于轻度心理性勃起障碍（17分 \leq IIEF-5 \leq 21分）患者，推荐单独使用中药或者中药配合西药进行治疗；
- b) 对于中度心理性勃起障碍（8分 \leq IIEF-5 \leq 16分）患者，推荐中药配合西药进行治疗；
- c) 对于重度心理性勃起障碍（5分 \leq IIEF-5 \leq 7分）患者药物治疗无效，可考虑非药物治疗，该类患者一般不推荐单独使用中药治疗，如患者确有需求或根据临床实际判断，推荐配合使用中药作为辅助治疗。在药物治疗的基础上，可选择应用针刺等中医非药物疗法与西医心理行为疗法等相结合的方法，控制疾病症状，稳定治疗效果。

5.3 中医治疗

5.3.1 概述

中药辨证治疗主要包括治法、主方、常用药及加减，其中治法按照 GB/T 16751.3—2023，具体如下。

5.3.2 中药辨证治疗

中药辨证治疗主要包括治法、主方、常用药及加减。

a) 肝气郁结证

治法：疏肝解郁，行气起痿。

主方：柴胡疏肝散（《医学统旨》）加减^[9, 10]（中级证据，强推荐）。

常用药：柴胡、香附、枳壳、川芎、芍药、陈皮、炙甘草。

加减：若口干口苦，急躁易怒，目赤尿黄，加丹皮、山栀、龙胆草；血瘀者，加川芎、丹参、当归、鸡血藤，重者加蜈蚣；腰酸肢软者，加沙苑子、枸杞子、仙灵脾；纳呆便溏者，可加炒白术、山药、薏苡仁、木香；失眠多梦者，可加酸枣仁、五味子、合欢皮、石菖蒲、郁金。

b) 湿热下注证

治法：清利湿热。

主方：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减^[11-15]（高级证据，强推荐）。

常用药：龙胆草、生地黄、木通、泽泻、车前子、当归、柴胡、栀子、黄芩、生甘草。

加减：阴部湿痒者，可加地肤子、黄柏、苦参、蛇床子；小腹胀痛者，加延胡索、川楝子；精液带血者，加大蓟、小蓟、茜草、仙鹤草；如热势不甚，湿浊困遏，阳气不振者，可合厚朴、苍术、陈皮、砂仁。

c) 命门火衰证

治法：温肾填精，壮阳起痿。

主方：赞育丹（《景岳全书》）加减^[16-18]（中级证据，强推荐）。

常用药：熟地黄、当归、杜仲、巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿、蛇床子、肉桂、白术、枸杞子、仙茅、山萸肉、韭菜子、附子、人参、鹿茸。

加减：如火衰不甚，精血薄弱，可予右归饮或金匱肾气汤加减；如滑精频繁，精薄精冷，可加覆盆子、金樱子、益智仁补肾固精。

d) 心脾亏虚证

治法：健脾养心，益气起痿。

主方：归脾汤（《济生方》）加减^[19-23]（中级证据，强推荐）。

常用药：人参、白术、黄芪、炙甘草、远志、酸枣仁、茯神、龙眼肉、当归、木香、大枣、生姜。

加减：肝气郁结者，可合柴胡疏肝散；脾肾阳虚者，加仙灵脾、补骨脂、九香虫、阳起石；形体肥胖者，加泽泻、荷叶、薏苡仁、苍术、陈皮。

e) 惊恐伤肾证

治法：益肾宁神壮胆。

主方：启阳娱心丹（《辨证录》）加减^[24-26]（中级证据，强推荐）。

常用药：人参、远志、茯神、石菖蒲、甘草、橘红、砂仁、柴胡、菟丝子、白术、酸枣仁、当归、白芍、山药、神曲。

加减：惊惕不安甚者，加龙齿、磁石；失眠多梦者，加五味子、琥珀、合欢皮；心肾不交者，加黄连、肉桂；腰膝酸软者，加杜仲、肉苁蓉、海马、锁阳；脉络瘀阻者，加蜈蚣、露蜂房、丹参、川芎。

5.3.3 中成药

根据不同中医辨证分型，可以推荐使用以下中成药治疗本病。

- a) 柴胡舒肝散（中级证据，强推荐）^[27]：每次6 g，每日3次，用于肝气郁结所致的勃起障碍。
- b) 龙胆泻肝丸^[28-30]（高级证据，强推荐）：每次6 g，每日2次，用于湿热下注所致的勃起障碍。
- c) 右归丸^[31, 32]（高级证据，强推荐）：每次9 g，每日3次，用于命门火衰所致的勃起障碍。
- d) 归脾丸^[33-35]（中级证据，强推荐）：每次9 g，每日2次，用于心脾两虚所致的勃起障碍。
- e) 五子衍宗丸^[36-39]（高级证据，强推荐）：每次6 g，每日2次，用于肾气虚所致的勃起障碍。

5.3.4 单方验方

治疗本病注意不可单纯使用单方、验方，在配合其他疗法的前提下才能奏效。可以根据不同体质，选择应用以下单方、验方。

- a) 淫羊藿酒^[40]（低级证据，弱推荐）：淫羊藿 500 g，白酒 2500 mL，浸泡 4 周，过滤备用。日服 3 次，每次 10 mL~30 mL。
- b) 细辛茶^[41]（低级证据，弱推荐）：细辛 5 g。沸开水冲泡代茶饮。15 日为 1 个疗程，连用 2 个~3 个疗程。本方适用阴寒内盛体质的阳痿患者，阴虚火旺或阳热亢盛者不宜用。
- c) 雄风药酒^[42, 43]（中级证据，弱推荐）：熟地黄 50 g，山药 50 g，山茱萸 30 g，党参 50 g，枸杞子 50 g，淫羊藿 30 g，肉苁蓉 50 g，丹参 30 g，牛膝 30 g，沉香 15 g，龟板 50 g，海龙 50 g，海马 50 g，蛤蚧 50 g，大枣 30 g。药量与酒量 1:3 比例加入米酒浸泡，以酒浸

过药物为度，1周后如酒已被吸干，可适当再加，加盖密封3周后即可饮用。每次30 mL，每日1次~2次，5日为1个疗程。

5.3.5 中医非药物治疗

中医非药物治疗对本病的治疗效果确切，可以根据实际情况选择使用。

a) 针刺疗法^[44-48]（高级证据，强推荐）

治法：补益心肾，疏肝理气。以任脉、足太阳经脉穴为主。

主穴：取关元、气海、足三里、三阴交、太溪、肾俞、志室。

配穴：肾阳不足加命门、足三里；心脾两虚者加心膻、脾膻；惊恐伤肾者加心膻、胆膻、神门；湿热下注者加曲骨、阴陵泉；肝郁气滞加太冲、合谷。

操作：除太溪穴选用0.30 mm×25 mm毫针外，其穴位均用0.30 mm×50 mm毫针。太溪直刺0.5寸；关元、气海、足三里刺1.5寸；三阴交直刺1寸捻转补法，局部有酸胀感为宜；关元、足三里加用温针灸。每10 min各穴位行捻转补法1min，共30 min。起针后嘱患者俯卧，去志室、肾膻穴，直刺1.5寸，得气后用温针灸，留针30 min。10次为1个疗程。

b) 埋线疗法^[49-52]（高级证据，弱推荐）

选穴：肾俞、关元、中极、早泄穴（冠状沟0.5 cm皮下和包皮系带中）。

操作：用95%的酒精按10:1的比例浸泡洋金花，提取悬液，再按5:1的比例加入食用醋浸泡00号羊肠线4 h~6 h备用，使用一次性埋线针及备用好的羊肠线在肾俞、关元、中极、早泄穴进行埋线。15日埋线1次，4次为1个疗程。

c) 推拿疗法^[53-55]（高级证据，强推荐）

选取任脉自肚脐至耻骨联合上缘，分别采用推、揉、点、按、搓等手法，尤其在气海、关元、中极等穴位重点施术，至患者感觉脐下有热感或向会阴部放射为宜。每日1次，10次为1个疗程。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[1, 2]

5.4.1.1 内服药物治疗

西地那非是在有性欲及性刺激的情境下发挥作用，不能增强性欲。口服1h内起效，持续4h。可能引起头疼、腹泻、鼻炎和短暂的视物模糊。

有下列情况者慎用：

- a) 不稳定性心绞痛或冠心病患者，服用多种降血压药的患者及色素性视网膜炎的患者；
- b) 使外周平滑肌松弛的药物，如甲磺酸酚妥拉明胶囊；还有海绵体内血管活性药物注射（IcI），如罂粟碱、酚妥拉明和PGE1三者联合用药；
- c) 作用于阴茎勃起中枢的药物，如育亨宾、多巴胺能药物（阿扑吗啡含片、溴隐亭）、5-HT阻滞剂（氯哌三唑酮、纳洛酮）等。

5.4.1.2 局部外用药物治疗

经尿道给药（MUSE）；阴茎皮肤给药，如硝酸甘油贴片或乳剂，氨苯碱、二硝酸异山梨醇和 Co-Dergocrine 混合乳剂，米诺地尔乳剂或 PGE1 乳剂。

5.4.2 性心理治疗^[56-61]（高级证据，强推荐）

性心理治疗主要是通过咨询的方式，宜在诊室内单独进行，充分尊重患者的隐私，建议患者及其配偶均在场。性心理疗法中的认知行为治疗与夫妻性教育是治疗的重要组成部分。现代性治疗遵循配偶共同参与的原则，使患者重视并了解各年龄段的性健康知识，减少性焦虑，转变性观念，以增加性兴趣、追求性幸福为目的。加强配偶间有关性的各种语言和非语言的交流，教会配偶双方主动承担责任，改善夫妻关系和生活方式。

5.4.3 性行为疗法^[62, 63]（中级证据，强推荐）

性行为疗法可以单独用来治疗，也可以与其他的治疗方法联合使用，作为综合治疗方法的基础疗法。性行为治疗的理论基础是认为人的行为模式是由学习而来，性功能障碍可以被视为由于过去体验过程中条件反射建立的过程受到影响、干扰所造成的。性行为疗法主要通过行为训练促进性表达、提高性快感体验，鼓励患者夫妻双方开展感官及性感的家庭练习训练，促使夫妻双方在性体验的过程中充分放松，以改善性唤起、达到性高潮，并产生正反馈效应。具体的方法包括性感集中训练、生殖器刺激训练及无需求性交训练等。性感集中训练，是临床性心理学家马斯特斯提出的心理疗法，要求双方不要把注意力集中在性交上，而要把注意力集中在夫妻双方的亲密感和共同体验快乐的过程中，因为当一个人时刻注意自己的阴茎时，必然有一种强烈的期待感，而这种期待感导致的焦虑自然抑制了性反应的本能机制。

5.4.4 精神分析疗法^[64]（中级证据，强推荐）

精神分析治疗的原则：

- a) 首先，将患者的性爱、情爱、性行为 and 性欲结合起来；
- b) 其次，使患者与性伴侣在性生活中处于平等的性角色地位；
- c) 再次，勃起功能障碍者往往伴有人格方面的某些异常，往往需要合理整合运用不同的精神分析理论方法。

在会谈中，患者往往会出现明显的阻抗及色情移情。治疗师要注意跟来访者建立起保密、安全、信任的治疗关系，形成工作联盟，借助自由联想及梦的分析，针对阻抗、心理防御机制和移情等进行分析，对其俄狄浦斯期及之前的心理发展过程进行分析，分析勃起功能障碍的潜意识动机和意义，使患者领悟，促进其性心理及整个人格的完善与发展。

5.4.5 其他非药物治疗法（低级证据，弱推荐）

重度勃起功能障碍，单独应用药物治疗无效者，推荐联合使用真空负压勃起装置治疗^[65-68]；有轻度血管性病变者，推荐联合使用低能量体外冲击波治疗^[69-73]。

5.5 疗程

目前暂无心理性勃起障碍疗程的相关临床研究。根据心理性勃起障碍症状的发生及持续时间，以及患者的个人性格特点，通过对病情进行系统评估来确定具体疗程。

6 预防与调护

加强性健康教育，培养正确性意识和性道德。夫妻关系融洽，互相理解。节制性欲，避免恣情纵欲、房事过频、手淫过度。提倡清心寡欲，弃除杂念，怡情养心，起居有常，饮食有节，避免过食醇酒肥甘，湿热内生，壅塞经络。

宜正确对待疾病，避免精神过度紧张。积极治疗易造成勃起障碍的原发病。避免长期服用某些可影响性功能的药物。切忌讳疾忌医，隐瞒病情，贻误治疗时机。在感到情志不畅、身体不适、过度疲劳、性能力下降时，宜暂停性生活一段时间，使中枢神经和性器官得以调节和休息，利于情志调畅和疾病恢复。

7 转归和预后

本病之预后，视不同病机与病情轻重而异，大多预后良好。恣情纵欲或思虑过度而致命门火衰，气血亏损者，予适当治疗与调养，精血自能恢复。对肝郁、惊恐、湿热而致气机逆乱，经络阻遏者，当各种病理因素祛除，症情亦可向愈。但对先天不足，天癸缺失，或久病痰瘀闭阻经络者，则预后大多不良。

参 考 文 献

- [1]贾竑晓,张宏耕.神志病中西医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [2]陆林.沈渔邨精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2017.
- [3]张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017.
- [4]美国精神医学学会.《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-5)北京:北京大学出版社,2015.
- [5]杨园园.神经性勃起功能障碍的病因学分析及研究现状[J].国际泌尿系统杂志,2019,(04):766-768.
- [6]刘树超,刘凌琪,吴天鹏.器质性勃起功能障碍的诊断及治疗研究进展[J].医学综述,2017,23(17):3432-3436+3440.
- [7]汤育新,蒋先镇,汤进,等.1160例阴茎勃起功能障碍的病因分析[J].中国男科学杂志,2005,(01):22-24.
- [8]李建军,肖天兵,王田辉,等.库区奉节县心因性勃起功能障碍的心理致病因素分析[J].中国现代药物应用,2017,11(18):11-13.
- [9]任飞强,马紫阳,陈帝昂,等.柴胡疏肝散治疗心理性勃起功能障碍患者抗焦虑作用的临床报告[C].首届男性大健康中西医协同创新论坛暨第三届全国中西医结合男科青年学术论坛,2019.
- [10]任飞强.柴胡疏肝散治疗肝气郁结型心理性勃起功能障碍患者中枢网络调节机制研究[D].成都中医药大学,2020.
- [11]冯志成.龙胆泻肝汤合盐酸曲唑酮治疗阳痿28例[J].河北中医药学报,2007,(04):25-26.
- [12]张爱国.龙胆泻肝汤合起阴汤加减治疗阳痿60例临床疗效[J].承德医学院学报,2010,27(04):391-392.
- [13]谭万顺.加味龙胆泻肝汤治疗湿热型阳痿病40例[J].云南中医中药杂志,2008,(02):62.
- [14]李湘均.清热利湿法治疗男性病78例临床观察[J].江西中医药,1999,(01):10+12.
- [15]傅陆.龙胆泻肝汤加减治疗阳痿86例[J].国医论坛,2003,(01):27-28.
- [16]党晓伟,王春民,郭金甲,等.八味益肾丸治疗阳痿(肾阳虚证)310例临床观察[J].中成药,2012,34(06):994-998.
- [17]黄歆波.小剂量西地那非联合固肾合剂对肾阳虚型阳痿的临床疗效观察[D].广州中医药大学,2016.
- [18]李上封.温补肾阳法治疗命门火衰型勃起功能障碍临床疗效评价[D].新疆医科大学,2015.
- [19]王建军.归脾汤合右归丸治疗男性性功能障碍50例[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(13):146.
- [20]田嘉.归脾汤合右归丸治疗男性性功能障碍40例研究[J].中外医学研究,2016,14(09):143-144.
- [21]刘恬,刘各亮,杨晗杰.归脾汤合右归丸治疗男性性功能障碍的临床疗效[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(24):56-57.

- [22]李欣,李世秀,李卓.归脾汤加减合关元等穴埋针治疗糖尿病阳痿临床有效性分析[J].糖尿病新世界,2020,23(19):14-16.
- [23]陈亚军.综合治疗精神性阳痿32例[J].江西中医药,1996,(03):23.
- [24]王玮,杨永芹,米国琳.启阳娱心丹方联合艾司西酞普兰与单用艾司西酞普兰治疗女性抑郁伴性功能障碍的疗效比较[J].山东大学学报(医学版),2020,58(12):97-101.
- [25]邓泽浩.从心论治阳萎的经验——附验案3例[C].2014年国家级继续教育学习班暨贵州省中西医结合学会肾病专业委员会学术年会,2014.
- [26]陆惠铭.陈士铎论治男科病经验[J].上海中医药杂志,1989,(12):39-42.
- [27]张高岳,黄晓军,王文志,等.优势病种阳痿病协作诊疗研究平台建设探讨[J].中医药管理杂志,2017,25(16):18-21.
- [28]张春和.男科常用中成药规范化应用探讨[J].中国男科学杂志,2016,30(10):3-6.
- [29]陈子华.阳痿的中医辨治[J].中国社区医师,2001,(11):29-30.
- [30]张伟程,杨小红.阳痿的中医治疗进展[J].安徽中医临床杂志,2000,(04):340-342.
- [31]徐潘,谢作钢,欧洋帆,等.右归丸联合穴位贴敷治疗肾虚型勃起功能障碍临床研究[J].新中医,2021,53(10):32-34.
- [32]翟新宇,葛旻垚,赵建华.右归丸治疗肾阴阳两虚型糖尿病性勃起功能障碍的临床研究[J].上海中医药杂志,2020,54(S1):61-63.
- [33]黄奉献,李培轮,刘擎,等.中医药治疗勃起功能障碍研究进展[J].中华全科医学,2020,18(04):646-650.
- [34]李勇海.培土兴阳饮在勃起功能障碍治疗中的效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(49):53-54.
- [35]宋海锋,杨亚锋,乔西民,等.归脾丸联合复方玄驹胶囊治疗抗抑郁药所致阴茎勃起功能障碍的临床观察[J].国际精神病学杂志,2016,43(03):437-439.
- [36]王明闯,张菲菲,王忠民.促精宝胶囊治疗阳痿61例疗效观察[J].新中医,2014,46(12):86-87.
- [37]贾冰洋.基于阳化气理论探讨壮精汤治疗肾阳不足型弱精子症的临床研究[D].成都中医药大学,2017.
- [38]王恩江,刘彩霞,杨林,等.济肾口服液治疗精神性阳痿疗效观察[J].河北中医,1999,(04):239-240.
- [39]朱彤,江培春.生精胶囊治疗阳痿100例[J].陕西中医,2005,(06):507-508.
- [40]药酒的选用[J].光明中医,2012,27(06):1167.
- [41]张亚玉,王英平,赵兰坡.北细辛的研究现状[J].特产研究,2004,(04):50-54.
- [42]莫剑波.雄风药酒治疗男子性功能障碍36例[J].医学文选,1999,(04):623-624.
- [43]贾玉森,力士民,王俊显,等.中药药酒治疗阳痿120例疗效观察[J].北京中医药大学学报,1995,(05):62.
- [44]徐彦龙,徐秀梅,张洪涛,等.针刺“三阴穴”结合药物铺灸疗法治疗勃起功能障碍临床疗效观察[C].甘肃省针灸学会2016年度学术年会暨针灸推拿科研思路设计培训班郑氏针法的临床应用培训班,2016.

- [45]熊崇祺. 针刺治疗肝郁气滞型阳痿的临床研究[D]. 云南中医药大学, 2020.
- [46]李步双. 温针灸+穴位贴敷治疗肾阳虚型阳痿随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(09):73-75+84.
- [47]贾俊兵. 针灸联合药物治疗功能性ED临床疗效观察[D]. 新疆医科大学, 2018.
- [48]韩宇健. 温针灸治疗阳痿30例临床观察[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(06):1017-1018.
- [49]杨冠军. 补母泻子法穴位埋线治疗肝郁肾虚型阳痿52例[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(11):26.
- [50]彭淑华, 孟宪梅. 穴位埋线加灸法治疗阳痿38例临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2004, (05):36.
- [51]刘金竹, 杨冠军. 任督二脉为主穴位埋线治疗功能性阳痿42例[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(04):242.
- [52]黄从军, 支太朝, 刘彬, 等. 穴位埋线联合泻肝益肾汤治疗肝郁肾虚型阳痿的临床疗效观察[J]. 中国性科学, 2018, 27(09):91-94.
- [53]周海丰, 甘炜, 刘振威. 足部按摩结合推拿治疗勃起功能障碍50例临床观察[J]. 双足与保健, 2010, (03), 30-33.
- [54]王长海. 推拿手法治疗阳痿30例[J]. 陕西中医, 1998, (10):461.
- [55]孙风峙. 温肾壮阳推拿法治疗命门火衰型阳痿的临床观察[D]. 山东中医药大学, 2009.
- [56]朱均林. 心理调理治疗心因性阳痿疗效观察[J]. 中国生育健康杂志, 2004, (04):244-245.
- [57]高五芝, 马永, 王祖龙, 等. 督灸疗法联合心理康复治疗阳痿[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(09):61-62.
- [58]孟小波, 孟清范. 心理调理和物理康复对心因性勃起功能障碍患者的干预效应[J]. 中国临床康复, 2005, (12):47.
- [59]郁超, 高祥, 曹宏文, 等. 中医艾灸联合催眠心理疗法治疗非器质性勃起功能障碍的临床观察[J]. 中国男科学杂志, 2017, 31(02):59-62.
- [60]韩成有, 田博. 心理支持疗法联合曲唑酮治疗抗精神病药物所致性功能障碍的临床效果观察[J]. 心理月刊, 2021, 16(24):61-63.
- [61]常淑莹, 周圆, 张红梅, 等. 结构式团体心理治疗对心因性勃起功能障碍患者的干预效果[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(04):376-379.
- [62]魏守磊, 张瑞. 疏肝起阳汤联合性行为疗法治疗勃起功能障碍(肝气郁结型)的临床疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2014, 43(02):21-23.
- [63]程良伟. 性行为疗法联合中西医结合治疗勃起功能障碍52例疗效分析[J]. 中华男科学杂志, 2009, 15(02):180-181.
- [64]孙庆升. 精神分析及心理疏导在治疗男子性功能障碍中的应用[J]. 实用中医内科杂志, 1994(01):37-38.
- [65]倪大伟, 齐伟, 吴畏, 等. 左布比卡因配合真空负压水气动气泡按摩联合盐酸达泊西汀治疗早泄的临床观察[J]. 中国性科学, 2020, 29(04):11-14.
- [66]倪晨, 刘鹏, 孙建明. 真空负压缩窄环装置疗法结合情志调理对心理性阳痿患者疗效观察[J]. 中国性科学, 2016, 25(11):11-13.

[67]龙海,刘良华,邓程恩,等. 阴茎负压吸引治疗血管性勃起功能障碍42例疗效观察[J]. 海南医学, 2016, 27(13):2135-2138.

[68]高庆强,郑淑娟,余文,等. 性治疗联合真空负压水动气动气泡按摩在临时性射精障碍中的应用研究[J]. 中国性科学, 2021, 30(11):8-11.

[69]朱太阳,许洋洋,杨志豪. 低强度体外冲击波治疗勃起功能障碍的研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 9(24):4666-4669.

[70]王珊,彭磊,何晓俐,等. 低强度体外冲击波治疗男性勃起功能障碍的新进展[J]. 西部医学, 2020, 32(09):1399-1402.

[71]苏维,冷区,毛向明,等. 低强度体外冲击波治疗勃起功能障碍的研究进展[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(08):1111-1115.

[72]刘利杰,陈鑫,黄华伟,等. 低能量体外冲击波治疗磷酸二酯酶-5抑制剂无反应性勃起功能障碍疗效研究[J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(02):19-23.

[73]陈鑫,黄华伟,朱晓博,等. 点状低能量体外冲击波治疗勃起功能障碍疗效的初步观察(附32例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2018, 24(06):529-532.