

· 共识与指南 ·

# ED-PE 共病中西医结合多学科诊疗指南(2024 版)\*

中国中医药信息学会男科分会<sup>#\*\*</sup>

**摘要** 勃起功能障碍与早泄(ED-PE)共病的诊疗涉及泌尿男科、中医科、精神心理科、内分泌科、心血管内科、妇科、临床药学科等学。单一学科参与的诊疗模式难以全面、系统地评估病情,影响诊断的准确性和临床疗效。基于此,中国中医药信息学会男科分会组织相关领域专家,参考国内外最新临床证据制订本指南,为临床医师从多学科角度诊治 ED-PE 共病提供参考。

**关键词** 勃起功能障碍; 早泄; 中西医结合; 多学科; 指南

**doi:** 10.3969/j.issn.1008-0848.2024.05.001

**中图分类号** R698; R2-031

## Multiple disciplinary teamwork guidelines of integrated traditional Chinese medicine & western medicine for the comorbidity of erectile dysfunction and premature ejaculation (2024 edition)\*

Andrology Branch of China Information Association of Traditional Chinese Medicine\*\*

\*\* Corresponding author: Guo Jun. E-mail: guojun126@126.com

**Abstract** The diagnosis and treatment of the comorbidity of erectile dysfunction and premature ejaculation involve the multidisciplinary integration of andrology, urology, traditional Chinese medicine, psychiatry and psychology, endocrinology, cardiovascular medicine, gynecology, and clinical pharmacy. It is difficult for a mode of mono-disciplinary to participate in the diagnosis and treatment process and to comprehensively and systematically assess the condition, which affects the accuracy of diagnosis and clinical efficacy. Based on this, with reference to the latest domestic and foreign clinical evidence, the Andrology Branch of China Information Association of Traditional Chinese Medicine organizes experts to formulate this guideline which provides a reference for diagnosis and treatment in the comorbidity of erectile dysfunction and premature ejaculation from a multidisciplinary perspective.

**Key words** erectile dysfunction; premature ejaculation; integrated traditional Chinese medicine & western medicine; multiple disciplinary; guideline

\* **基金项目:** 国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(zyyzdxk-2023238)

# **顾问:** 宋春生(中国中医药出版社)、商学军(东部战区总医院)、戴继灿(上海交通大学医学院附属仁济医院)、吕伯东(浙江大学医学院附属第二医院)

**编委**(不分先后排列): 郭军(中国中医科学院西苑医院)、孙自学(河南省中医院)、李湛民(辽宁中医药大学附属医院)、周青(湖南中医药大学第一附属医院)、陈磊(上海中医药大学附属龙华医院)、杨文涛(广西中医药大学附属瑞康医院)、陈贇(江苏省中医院)、毛俊俊(复旦大学附属华山医院)、鹿斌(复旦大学附属华东医院)、刘娜(上海市精神卫生中心)、洪江(上海交通大学附属第一人民医院)、郭婷(复旦大学附属妇产科医院)、傅强(山东省立医院)、张春影(哈尔滨医科大学附属第二医院)、邓庶民(北京医院)、高文喜(湖北省中医院)、王海(北京协和医院)、黄晓军(浙江大学医学院附属第二医院)、白强(上海交通大学医学院附属新华医院)、袁少英(广东省中医院珠海医院)、刘建荣(山西省人民医院)、王祖龙(河南中医药大学第一附属医院)、刘建国(陕西省中医院)、张亚东(中山大学第一附属医院)、金晓东(浙江中医药大学附属第一医院)、耿强(天津中医药大学第一附属医院)、韩强(首都医科大学附属北京中医医院)、俞旭君(成都中医药大学附属医院)、王福(中国中医科学院西苑医院)、董良(成都中医药大学附属生殖妇幼医院)、张继伟(中国中医科学院西苑医院)

**执笔:** 晏斌(中国中医科学院西苑医院)、郭博达(北京大学第三医院)、赵明(中国中医科学院望京医院)、刘胜京(中国中医科学院西苑医院)

\*\* **通信作者:** 郭军, E-mail: guojun126@126.com

## 一、前言

勃起功能障碍 (erectile dysfunction, ED) 与早泄 (premature ejaculation, PE) 是常见的男性性功能障碍, 在临床诊疗过程中发现两种疾病往往先后出现或同时并存, 称为 ED-PE 共病<sup>[1]</sup>。

ED-PE 共病严重影响男性身心健康, 给患者及其家庭造成不利影响。ED-PE 共病的发病率为 4% ~ 60%<sup>[2-4]</sup>。近 5 年流行病学研究显示, 主诉为 ED 的患者中合并 PE 的达 19.5% ~ 31.8%, 而主诉为 PE 的患者中有 65.4% ~ 76.3% 合并不同程度的 ED<sup>[3,4]</sup>。

ED-PE 共病起病隐匿, 容易出现漏诊、误诊, 为规范和促进 ED-PE 共病的中西医结合诊疗, 中国中医药信息学会男科分会特组织国内泌尿男科、中医科、精神心理科、内分泌科、心血管内科、妇科、临床药学等相关领域专家共同制定本指南, 为临床医务人员、科研人员提供有效、安全的中西医结合多学科诊疗方案, 以改善 ED-PE 共病患者的诊疗结局。

## 二、发病特点

依据发生时间的先后, 将 ED-PE 共病分为三类<sup>[1]</sup>: ①“先 ED 后 PE”, 临床表现为初始的射精功能和阴道内射精潜伏期 (intravaginal ejaculatory latency time, IELT) 正常, ED 发生后, IELT 逐渐缩短。②“先 PE 后 ED”, 临床表现为初始患者的勃起功能正常, PE 发生后, 勃起功能逐渐减退。③“ED-PE 同时发生或发生先后顺序不易分辨”, 临床表现为难以区分 ED 与 PE 两者发生的先后顺序。此种分类具有一定的临床实用价值及指导意义。

## 三、发病机制

现代医学认为 ED 和 PE 具有独立的发病机制, 但两者也可相互影响。PE 患者主观上试图控制射精, 尽力降低兴奋性, 延迟射精时间, 从而可导致 ED 的出现或加重; 而 ED 患者试图通过加强刺激强度增加勃起硬度, 这可导致过快射精<sup>[5]</sup>。ED-PE 共病的发病机制复杂程度远不止于此, 可能与神经系统、激素水平和心理因素等相互作用有关, 但具体机制尚不明确<sup>[6]</sup>。血脂异常、高血压、高血糖等代谢性疾病及其他慢性疾病可能导致微循环障碍、神经传导异常进而影响勃起及射精功能<sup>[7]</sup>; 紧张、焦虑等情绪可能导致交感神经兴奋, 从而引起勃起困难或过快射精<sup>[8]</sup>; 此外, 性行为习惯 (如手淫) 及性交频率等也可能影响勃起及射精功能<sup>[9]</sup>。

中医学认为 ED-PE 共病的发生与肝、心、脾、肾、精室等脏腑的功能失调相关, 同时也与脑神经的调节有

关。实证者, 湿热、气郁、瘀血是主要病理因素; 虚证者, 多因脏腑虚损。此外, “脑-心-肾-精室”轴理论认为“脑”“心”是情志的调控中心, 脑、心所主导的神明涉及精神压力和情绪波动等, 影响勃起和射精功能。“肾”是男科疾病辨证的核心脏腑, 与男性性功能密切相关。“精室失用”是男性性功能障碍等男科疾病发生的最终环节。“脑-心-肾-精室”轴理论补充和阐释了 ED 和 PE 共病的病因病机<sup>[10]</sup>。

## 四、诊断

(一) 主要病史、体格检查、实验室检查及辅助检查等 (见表 1)。

(二) MDT 中重点询问的专科病史、体格检查及实验室检查

1. 内分泌科: ①合并 ED-PE 的糖尿病患者, 除完善常规生化及血糖水平检测外, 还建议行空腹血糖、胰岛素和 C 肽、餐后 2 小时血糖、餐后 2 小时胰岛素和 C 肽、糖化血红蛋白等检查, 了解血糖控制情况及胰岛功能, 通过尿白蛋白/肌酐、眼底检查、神经病变体检及心电图、颈动脉 B 超等检查进一步了解糖尿病血管并发症和周围神经并发症情况。②根据表 1 推荐的血脂检查初步结果, 对于异常者可完善血脂谱检查。③根据表 1 推荐的性激素、泌乳素及甲状腺激素的初步结果, 对于异常者根据病情可能还需完善垂体其他轴激素水平, 包括甲状腺轴 (游离三碘甲状腺素、游离四碘甲状腺素、超敏促甲状腺素)、肾上腺轴 (皮质醇、促肾上腺皮质激素)、生长激素轴 (生长激素、胰岛素样生长因子 1) 等检查。同时还常需一些相关影像学检查, 如垂体磁共振、肾上腺 CT、甲状腺 B 超等。

2. 心血管内科: 对于合并有高血压、低血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、动脉硬化、心律失常、血脂异常等基础疾病的患者, 需要观察患者营养状态, 检查有无水肿、紫绀等, 同时测量心率、血压、脉搏, 外周血管通畅度、搏动情况等, 确有明显异常者, 需要心血管内科进一步行心脏、血管等体格检查及彩超等检查。

3. 妇科: 需要明确性伴侣生殖器官发育情况, 如阴道是否通畅、是否存在插入障碍等其他妨碍性生活的情况。对女性伴侣进行详细的性生活情况询问, 比如性交是否能够完成、性交持续时间、性满意度、是否存在性交痛及情绪异常等。必要时需要妇科医生针对女性性欲减退、性唤起障碍和性交疼痛 (如阴道痉挛) 等问题综合判断。

4. 临床药学: 部分抗精神病类药物 (如单胺氧化酶抑制剂、三环类、选择性 5-HT 再摄取抑制剂类)、抗高

表 1 ED-PE 共病临床诊断表

	ED	PE	ED-PE 共病
一般询问	包括婚姻情况、夫妻感情、性欲、是否存在手淫、性高潮等情况。此外,询问有无相关手术史、创伤史、用药史、既往治疗情况、生活习惯等 <sup>1</sup>		
病史	发病时间及病程	3 个月以上	初次性生活开始或某种因素之后,持续 4 周及以上 3 个月以上
	勃起状况	勃起困难、硬度不足或中途疲软	勃起正常、硬度正常 勃起困难、硬度不足或中途疲软
	射精状况	射精正常或无力	过快射精 过快射精
体格检查	包括体态、营养状态、第二性征,外生殖器官的外观、大小、有无畸形、缺损、瘢痕,包皮有无异常,阴茎海绵体有无硬结,局部神经反射,睾丸大小质地,有无精索静脉曲张等。		
辅助检查	评估量表 <sup>2</sup>	国际勃起功能指数(IIEF-EF)、勃起硬度评分(EHS)	早泄诊断工具(PEDT)、早泄指数(IPE)、早泄简表(PEP)等 可选 ED、PE 量表项目
	实验室检查	可选性激素、泌乳素、甲状腺激素、空腹血糖、血脂等	可选前列腺液检查、肾素、多巴胺、5-HT 可选 ED、PE 实验室项目
	特殊检查	可选 NPTR <sup>3</sup> 、AVSS <sup>4</sup> 、ICI <sup>5</sup> 、CDDU <sup>6</sup> 、阴茎海绵体肌电图、阴茎海绵体造影	可选阴茎神经电生理检查 <sup>7</sup> 、阴茎生物感觉阈值测定 <sup>8</sup> 可选 EP、PE 特殊检查项目

注:1. 必要时增加精神心理相关病史询问,比如对目前情况的理解、看法和感受,以及性心理的发展史、夫妻关系、心理社会应激因素对性功能问题的影响等。

- 患者可疑存在抑郁、焦虑状态时,在精神心理科医生指导下可增加汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HDS)、汉密顿焦虑量表(HAMA)、9 项患者健康问卷(patient health questionnaire-9, PHQ-9)、90 项症状清单(symptom check list-90, SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、7 项广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)、人格测验(明尼苏达多项人格测验(MMPI)、艾森克人格问卷(EPQ))、生活事件量表(LES)、进一步评估患者心理状态。
- 阴茎夜间勃起硬度检测(nocturnal penile tumescence and rigidity test, NPTR):可用于鉴别心理性 ED 和器质性 ED。
- 视听刺激下阴茎硬度测试(audiovisual sexual stimulation, AVSS):适用于对门诊患者进行快速初步评估,同时可结合药物治疗,初步评价患者对治疗的反应情况。
- 阴茎海绵体注射血管活性药物试验(intracavernous injection, ICI):可用于初步判断血管性 ED 的病因。
- 阴茎彩色双功能多普勒超声检查(color doppler duplex ultrasonography, CDDU):考虑血管性 ED 时建议行本检查,明确是否存在血管因素的阴茎器质性病变。该检查常常和 ICI 联合进行检查。
- 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、阴茎交感神经皮肤反应,辅助判断阴茎头、阴茎背神经、交感神经兴奋性。
- 阴茎生物感觉阈值测定:可以初步判断阴茎头、体部神经反应性,但检测时应尽量排除主观因素。

血压药物( $\beta$ 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂、硝酸酯类、利尿剂)、抗癫痫类药物、镇痛镇静类药物、抗心率失常药物、激素类药物、抗胆碱类药物等也会影响患者的勃起功能从而继发 ED。因此,在询问病史时需要明确记录患者用药史。

### (三) 中医辨证

ED-PE 共病的主要临床表现为阴茎勃起不坚或勃起不能维持,同时伴有过早泄精,结合伴随症状的差异,其证型可分为精室湿热、肝郁肾虚、脑心失调、肾虚血瘀、脾肾亏虚等。

#### (1) 精室湿热证

症见:阴囊潮湿;小便灼热;小便黄;尿道口时有滴白;大便黏腻不爽;口干口苦。

舌脉:舌质红,苔黄腻,脉滑数。

#### (2) 肝郁肾虚证

症见:胁肋胀满;腰膝酸软;头晕;耳鸣;心情抑郁不舒;易怒;善太息。

舌脉:舌淡红或红,苔薄白,脉沉弦或弦细。

#### (3) 脑心失调证

症见:心情烦躁;精神状态欠佳;健忘;失眠;注意力难以集中;心悸不安;易紧张。

舌脉:舌质红,苔薄白,脉细数或弦细。

#### (4) 肾虚血瘀证

症见:腰膝酸痛;尿频;头晕;耳鸣;性欲减退;小腹或阴囊部刺痛;唇暗。

舌脉:舌暗,边有瘀点,或瘀斑,脉涩。

#### (5) 脾肾亏虚证

症见:神疲乏力;腰膝酸软;大便溏薄;夜尿频;食欲不振;性欲减退。

舌脉:舌淡胖,苔薄白,脉沉细。

#### (四) ED-PE 共病诊断 MDT 建议:

1. 泌尿男科:结合病史及专科查体,可选择前列腺液常规、空腹血糖、血脂、性激素、催乳素、甲状腺功能等检查。先行辨别共病的病因及是否存在其他合并疾病,同时明确 ED、PE 的先后顺序,有明显勃起功能下降时,应该检查 NPTR、ICI + CDDU 等。患者诉局部敏感性较强时建议完善阴茎生物感觉阈值或神经电生理检查测定,明确是否存在神经传导相关问题。对于存在下尿路症状的患者,应鉴别是否合并良性前列腺增生症或前列腺炎等,必要时检查前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA)及泌尿系彩超等。

2. 精神心理科:需要对患者进行专科化病史询问及诊断,评估患者人格特征、夫妻关系、心理社会应激因素、社交状态等。此外,还应包括有无特定的文化期待、儿童和青少年时期的性经历、当前家庭和原生家庭的性态度、夫妻或伴侣关系的发展史等。若患者存在相关问题及相关药物使用经历,建议精神心理科就诊。

3. 内分泌科:评估过程中发现有高血糖、血脂异常、性腺功能减退、高泌乳素血症、甲状腺功能异常等相关疾病,建议内分泌科就诊。

4. 心血管内科:合并高血压病(140/90 mmHg 以上)、冠心病、动脉硬化等情况,需要进一步观察患者有无水肿、紫绀,测量心率、脉搏等,确有明显异常的,建议心血管内科就诊。

5. 妇科:涉及女性伴侣因素,则需要妇科医生介入,对女性伴侣进行详细的性生活情况询问及体格检查,比如是否性交疼痛、性冷淡、性交时间、性生活满意度如何等,如有异常,建议妇科就诊。

6. 中医科患者若出现阴囊潮湿、口干口苦、胸胁疼痛、善太息、腰膝酸软、头晕耳鸣、失眠多梦、畏寒肢冷、倦怠乏力等情况,在完善相关检查明确病因的同时,还需要对患者运用中医四诊合参进一步了解情况。

7. 对于存在消化系统、免疫系统、神经系统等其他潜在的、可能影响性功能的疾病,建议相关科室就诊。

#### 五、治疗

ED-PE 共病的治疗目标是在中西医结合的原则下,以临床安全和疗效为导向,辨病辨证结合,促进多学科协同诊疗,改善 ED-PE 共病相关症状,提高夫妻双方的性生活满意度。

#### (一) 一般治疗

控制体重,戒烟限酒,规律作息,保证充足睡眠,适当体育锻炼,规律性生活。避免过度疲劳及紧张,保持精神愉悦。合理的营养摄入,保持健康饮食。积极控制和治疗原发疾病。此外,通过中医食补,维持人体的阴阳平衡、气血畅通,增强机体抵抗力,改善疾病预后<sup>[11-12]</sup>。

#### (二) 西医治疗

对于明确由 ED 导致的 PE 的患者,可先治疗 ED,并在治疗 ED 的过程中评估 PE 的改善情况,PE 改善不明显者,也可同时治疗 ED 和 PE。对明确由 PE 导致的 ED 或无法判断 PE 与 ED 先后关系者,可同时治疗 PE 和 ED。

#### 1. PDE5 抑制剂 (phosphodiesterase 5 inhibitor, PDE5i)

目前治疗 ED 的 PDE5i 包括他达拉非、西地那非、伐地那非、阿伐那非等。根据药理学特性的不同,PDE5i 的使用方式包括按需使用和规律使用。其中,西地那非、伐地那非适合按需使用,他达拉非可按需使用,也可规律使用。他达拉非(商品名:希爱力)半衰期为 17.5 h,作用持续时间 24 ~ 36 h,是首个被批准每日一次口服治疗 ED 及 ED 合并 BPH 的长效 PDE5i<sup>[13-14]</sup>。

他达拉非规律使用推荐剂量为 5 mg,每日一次。证据显示,他达拉非规律使用具有持续的血管内皮保护作用,特别适用于 ED 合并糖尿病、高血压、高血脂及心血管疾病等慢病的患者,可有效降低这类患者心血管不良事件的发生<sup>[15-17]</sup>。同时,对于合并良性前列腺增生症的中老年 ED 患者,他达拉非规律使用可显著改善勃起功能及下尿路症状<sup>[15,18]</sup>。他达拉非按需服用时的推荐剂量为 10 mg 和 20 mg<sup>[19]</sup>。研究显示,相对于西地那非 100 mg 按需治疗,他达拉非 20 mg 按需使用后具有更高患者偏好及更长的持续勃起时间<sup>[20]</sup>,并可多维度显著改善患者性自信、时间顾虑、性行为自发性与晨勃等<sup>[21-22]</sup>。

#### 2. 选择性 5-HT 再摄取抑制剂 (serotonin-selective reuptake inhibitor, SSRI)

目前治疗 PE 的 SSRI 包括以达泊西汀(商品名:必利劲)为代表的短效药物,以及帕罗西汀、舍曲林、氟西汀等长效药物。达泊西汀口服后吸收迅速,大约 1 ~ 2 h 后达到峰浓度,24 h 后血浆浓度降至峰浓度的 5%,能够快速清除,适合按需给药<sup>[23]</sup>,而长效 SSRI 因受体脱敏需要时间,因此通常需要 1 ~ 2 周才能起效<sup>[24]</sup>。达

泊西汀单药治疗或联合治疗效果确切,且患者具有良好的安全性及依从性,目前作为 PE 的一线治疗推荐<sup>[4,25-27]</sup>。对于初次诊断 PE 或既往未使用过达泊西汀的患者,推荐起始剂量为 30 mg,于性交前 1~3 h 口服,以 200~300 mL 水送服可有效预防和减少不良反应<sup>[28-30]</sup>。配合中国人性生活频率,达泊西汀可持续改善 PE 或 PE 合并 ED 患者的症状和情绪状态<sup>[31]</sup>。达泊西汀 30 mg 或 60 mg 治疗后,平均 IELT 分别可延长至基线的 2~3 倍及 3~4 倍,而对于基线 IELT 较短的患者 (IELT $\leq$ 0.5 min),平均 IELT 可延长至基线的 5.5~6 倍。达泊西汀至少在 4 周内使用 6 次以上为 1 个疗程,随后评价疗效及安全性。PE 的疗效评估一般可基于 IELT、性交控制力及满意度等进行<sup>[32-33]</sup>。如 30 mg 治疗效果不满意,且不良反应可耐受的患者,可增量至 60 mg,并积极随访。有研究显示,达泊西汀的按需治疗与帕罗西汀每日一次给药对于 IELT 的改善效果类似<sup>[29]</sup>。与长效 SSRI 相比,达泊西汀在情绪、神经认知、性功能障碍、男性生殖等方面的不良反应发生率更低<sup>[34]</sup>。

### 3. PDE5i 联合 SSRI 治疗

多个 ED-PE 共病的临床试验证实,PDE5i 联合达泊西汀的使用疗效优于单一药物治疗,联合使用并未观察到明显的不良反应<sup>[25,35-36]</sup>,具有良好安全性<sup>[25,37-38]</sup>。

PDE5i 与达泊西汀的联用,服药时间无特殊要求,可遵循各自单药的用药方案。联合用药的疗程没有严格的要求,一般建议 3 个月以上<sup>[25,39-40]</sup>,并至少 1 个月进行一次疗效评估。ED-PE 共病的药物治疗,根据首次发病、再次或反复发病两类情况,给予不同的联合用药治疗方案。具体药物治疗推荐见表 2。而既往

PDE5i 按需使用后疗效不佳或不良反应、不耐受,以及合并糖尿病、高血压、高血脂、心血管疾病、良性前列腺增生等慢性疾病的 ED-PE 共病患者,推荐他达拉非 5 mg 每日一次联合达泊西汀 30 mg/60 mg 按需治疗。

联合用药前告知患者潜在不良反应,降低对患者的影响。

### 4. 其他治疗

根据患者 ED、PE 具体情况,必要时可联合使用其他治疗。①外用药物:局部麻醉药(局部脱敏剂)可降低阴茎头敏感度,从而延长射精潜伏期,且不影响射精感知<sup>[41]</sup>。②其他药物:常见可用于 PE 治疗的包括  $\alpha_1$  肾上腺素能受体阻滞剂和曲马多<sup>[42-43]</sup>。对于各种原因所致的原发性或继发性男性性腺功能减退患者往往合并 ED,对此类患者可给予雄激素替代治疗以改善勃起功能,并增强性欲<sup>[44]</sup>。③真空勃起装置 (VED):VED 是常用的 ED 辅助治疗手段,适合于动静脉性、糖尿病性、前列腺癌术后、骨盆骨折尿道断裂术后及脊髓损伤所致的 ED 患者,也可用于 PDE5i 治疗无效的患者<sup>[45]</sup>。④阴茎海绵体注射 (ICI):可用于口服药物治疗无效或不能耐受者,常用注射药物有前列地尔、罂粟碱、酚妥拉明等<sup>[46]</sup>。⑤手术治疗:ED 的手术治疗主要指血管手术、阴茎假体植入手术,适用于口服药物及其他治疗无效、不能接受或不能耐受已有治疗方法、充分沟通后自愿选择手术治疗的患者<sup>[19]</sup>。PE 的手术治疗主要指阴茎背神经选择性切断术,该手术的适应证为原发性 PE 患者,目前该手术在安全性及有效性方面尚缺乏足够的临床证据<sup>[47]</sup>。推荐方案见表 2。

表 2 ED-PE 共病泌尿男科西医治疗推荐表

	首次发病(按需服用)			再次发病或反复发病		
	先 ED 后 PE	先 PE 后 ED	ED-PE 同时发生或不能分辨	先 ED 后 PE	先 PE 后 ED	ED-PE 同时发生或不能分辨
药物治疗	先采用 PDE5i (如他达拉非 10/20 mg、西地那非 50/100 mg),后根据情况增加 SSRI 类(如达泊西汀)	达泊西汀 30 mg + PDE5i (如他达拉非 10/20 mg、西地那非 50/100 mg)	PDE5i (如他达拉非 10/20 mg) + 达泊西汀 30 mg/60 mg	PDE5i (如他达拉非 5 mg 规律服用) + 达泊西汀 (30 mg/60 mg 按需服用)	达泊西汀 (30 mg/60 mg 按需服用) + PDE5i (如他达拉非 5 mg 规律服用)	PDE5i (如他达拉非 5 mg 规律服用) + 达泊西汀 (30 mg/60 mg 按需服用)
其他治疗	必要时使用 VED	可选择外用药物 <sup>1</sup>	见前项	必要时使用 VED、ICI、手术治疗 <sup>2</sup>	可选择外用药物 <sup>1</sup> 、手术治疗	见前项

注:1. 常见的药物配伍包括复方利多卡因/丙胺卡因乳膏,利多卡因/丙胺卡因喷雾剂等。

2. 根据患者情况选择血管手术、阴茎海绵体假体植入术。

### (三) 中医药治疗

#### 1. 辨证论治治疗

(1) 精室湿热证。治法: 清热泄火, 清利精室; 推荐方药: 龙胆泻肝汤加减(《医方集解》)、四妙丸加减(《成方便读》); 推荐中成药: 龙胆泻肝丸。

(2) 肝郁肾虚证。治法: 疏肝解郁, 益肾填精; 推荐方药: 逍遥散(《太平惠民和剂局方》) 合大补元煎加减(《景岳全书》); 推荐中成药: 疏肝益阳胶囊。

(3) 脑心失调证。治法: 宁神益智, 养心除烦; 推荐方药: 天王补心丹加减(《校注妇人良方》); 推荐中成药: 天王补心丸。

(4) 肾虚血瘀证。治法: 补肾益精, 活血化瘀; 推荐方药: 补肾活血汤加减(《伤科大成》); 推荐中成药: 肾阳虚偏重者, 宜金匱肾气丸合血府逐瘀丸; 肾阴虚偏重者宜左归丸合血府逐瘀丸。

(5) 脾肾亏虚证。治法: 温补肾阳, 健脾益气; 推荐方药: 无比山药丸加减(《备急千金要方》); 推荐中成药: 还少丹。

#### 2. 针灸治疗

目前尚无针灸对 PE-ED 共病治疗的相关依据, 但针灸对 ED 和 PE 单个疾病具有临床疗效<sup>[48-50]</sup>, 可作为选择治疗之一。针灸治疗强调心脑肾同治, 选穴以心经、肾经、任督脉为主<sup>[51-53]</sup>。主穴选用: 百会、内关、心俞、印堂、肾俞、太溪、大赫、关元、中极。随证配穴: 精室湿热加阴陵泉、蠡沟; 肝郁肾虚加太冲、志室; 头脑失和配神门、四神聪、印堂、神庭; 肾虚血瘀配三阴交、血海; 脾肾亏虚加脾俞、足三里、精宫。

#### 3. 其他治疗

可以单独或者配合中药外治法、推拿治疗<sup>[54-55]</sup>、水针(穴位注射)疗法<sup>[56]</sup>、穴位埋线治疗<sup>[57]</sup>、艾灸疗法<sup>[58]</sup>、中药穴位贴敷、气功疗法、五禽戏、八段锦等<sup>[59-65]</sup>。

### (四) PDE5i 与 SSRI 联合中医药治疗

中西医结合的治疗模式同样适用于 ED-PE 共病的治疗, 并可取得良好获益。研究显示, 对于 ED-PE 共病患者, 在 PDE5i 与达泊西汀联用的基础上, 同时联合中成药, 可进一步改善共病症状、患者心理状态以及双方满意度<sup>[66-67]</sup>。

对于他达拉非单药疗效不佳的患者, 可尝试联合中药治疗。证据显示, 他达拉非规律或按需使用联合中药如柴芍二仙汤、疏肝益阳胶囊等可明显提高 IIEF-5 评分, 改善 ED 患者勃起功能<sup>[68-72]</sup>。

对于达泊西汀单药疗效不佳的患者, 可尝试联合中药、外用药物等治疗。证据显示, 达泊西汀按需治疗联合

中成药如疏肝益阳胶囊、伊木萨克片、麒麟丸、翘芍方治疗 PE, 可显著提升单药疗效, 改善 IELT, 且安全性好<sup>[73-76]</sup>。

### (五) ED-PE 共病治疗 MDT 建议

1. 泌尿男科建议: 患者单纯存在 ED-PE 共病, 并未合并其他系统疾病, 则按照泌尿外科、男科及中西医结合男科学相关诊疗方案进行治疗。①明确药物治疗方案: ED-PE 共病患者, 推荐他达拉非为代表的长效 PDE5i 联合达泊西汀的治疗方式。通常情况下, PDE5i 及达泊西汀的剂量和疗程应由泌尿男科医生制定, 严格按照药品说明书正确使用, 注意不良反应, 定期评估疗效。②做好预期管理: 是否存在对药物不切实际的认识及治疗期望方面的偏差, 需予以解释说明, 及时纠正治疗期望。对于 PE 的药物治疗需有合理的期望值。此外, 与  $\alpha$  受体阻断药(如可多华等)联合使用时需要注意症状性低血压、5-HT 综合征等不良反应叠加的风险及其对药效影响。

2. 心血管内科建议: ①ED-PE 共病患者合并高血压病(多次随机血压超过 140/90 mmHg)时, 心血管内科治疗的同时, 应使用对性功能影响相对较小的降压药物。②对于合并高风险因素(不稳定型心绞痛、既往出现体位性低血压或晕厥、心功能不全失代偿、难以控制的高血压等)共病患者, 应谨慎使用 PDE5i; 对于正在服用硝酸酯类药物的患者, 应禁用 PDE5i。

3. 内分泌科建议: ①合并以下内分泌代谢异常时建议内分泌科合作诊治。a. 高血糖: 空腹血糖  $\geq 6.1$  mmol/L、OGTT2 小时血糖  $\geq 7.8$  mmol/L、糖化血红蛋白  $\geq 6.0\%$ 。b. 血脂异常: 血清总胆固醇、血清甘油三酯超过正常参考值范围。c. 高泌乳素血症: 泌乳素水平高于本单位正常参考值范围。d. 性腺功能减退: 睾酮水平及或游离睾酮水平低于本单位正常参考值范围。e. 甲状腺功能异常: 当血清  $T_3$ 、 $T_4$ 、TSH 任何一个或一个以上高于或低于正常参考值范围。出现以上异常建议由内分泌科协同诊治, 在专科医生指导下, 积极明确病因。控制血糖、血脂等代谢性指标, 针对糖尿病慢性并发症情况, 还应积极治疗血管病变和神经病变。对于垂体疾病、甲状腺疾病、肾上腺疾病患者, 需纠正激素异常。②如需手术治疗的共病患者, 需要严格控制血糖和其他代谢指标, 保障手术安全。

4. 精神心理科建议: ①在泌尿男科初步接诊时, 如发现患者及伴侣关系不和谐, 或可疑合并情绪障碍(如焦虑、抑郁、躁狂等)时, 应鼓励存在情绪症状的患者及伴侣及时前往精神心理科进行咨询, 通过加强心理教育或辅导, 提升疾病认知, 建立治疗信心, 减轻不良情

绪。②对于明确诊断合并情绪障碍并需要使用精神类药物(抗焦虑、抗抑郁等)时,应在精神心理科综合评估及密切指导下使用。③部分患者及伴侣需要进行性心理治疗,此时大多需伴侣双方共同参与,通过改善与伴侣的沟通模式,帮助双方建立起更满意的性关系。治疗方式包括性健康教育、沟通和性技巧培训、性感集中训练、系统脱敏、认知/行为治疗、精神分析治疗和家庭治疗等,其中行为治疗包括停止-开始法、挤压技巧训练、牵拉阴囊法和手淫法等。

5. 妇科建议:通过对性伴侣性生活情况询问,明确为女方因素(如性唤起障碍、阴道痉挛、性交疼痛等)导致的继发性 ED-PE 患者,女方需要及时到妇科就诊进行专业的干预及治疗。具体方法包括药物治疗(抗抑郁药可以帮助缓解焦虑和压力,激素替代疗法缓解性交干涩、疼痛等);心理治疗(认知行为疗法可以帮助女性了解自己的情绪和情感,学习如何放松身体和心灵);行为治疗(包括一系列练习和技术,帮助女性掌握正确的性技巧,放松身体,改善性欲);物理治疗(包括温水浴、按摩或其他形式的身体治疗方法);生活方式调整(保持健康的饮食、适度的运动和良好的睡眠,减少吸烟和饮酒);与伴侣的沟通(理解彼此的需求和期

望)等。

6. 临床药学建议:①患者在服用以他达拉非为代表的长效 PDE5i 和/或达泊西汀前应评估肝肾功能,制定合理给药方案。PDE5i 严禁与硝酸盐类药物联合使用,在合用 CYP3A4 酶抑制剂(如大环内酯类抗生素红霉素、唑类抗真菌药物酮康唑、氨氯地平、硝苯地平、胺碘酮、多西环素等)或诱导剂(如利福平、苯妥英等)时需相应调整剂量。达泊西汀严禁与单胺氧化酶抑制剂联合使用,并注意与 CYP3A4、CYP2D6 酶强效抑制剂(如氟西汀、帕罗西汀、氟哌啶醇等)的合用风险,用药期间避免饮酒。②在使用含毒中药时需要注意临床剂量,应该遵循《中国药典》规定的用量要求,避免超量、长时间使用。

7. 中医药治疗建议:①中医治疗具有整体调节的优势,在改善患者勃起功能、延长射精时间的同时还能减轻或缓解 PDE5i 及 SSRI 类药物带来的不良反应,提高依从性。②依据辨证论治,可单独采用中药口服治疗,当患者单独使用中药效果不佳时,也可以在此基础上依据泌尿男科意见,采用 PDE5i 及 SSRI 类药物联合使用。

(六) 诊疗流程图(图 1)

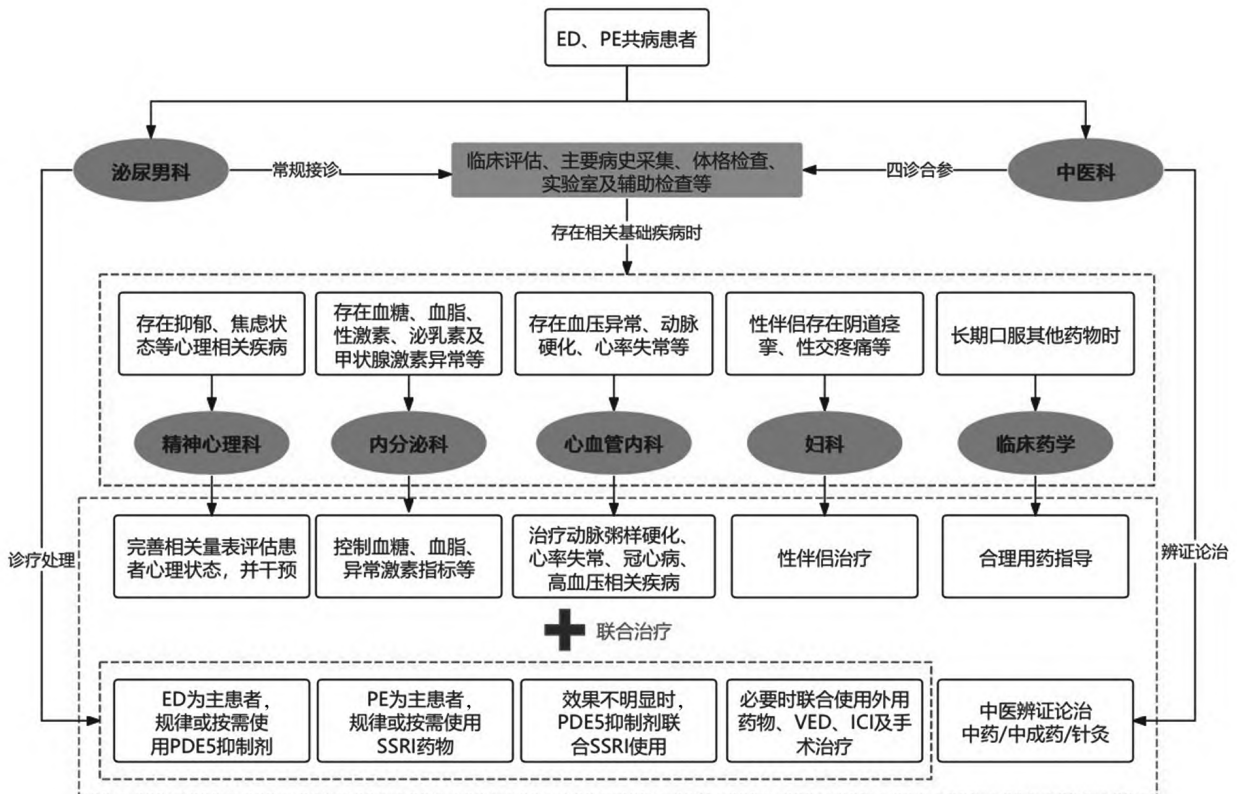


图 1 ED-PE 共病诊疗流程图

## 六、健康教育

性知识普及。有目的地对患者进行性健康知识和性技巧教育,纠正错误的观念,改正不良的行为习惯,树立正确的性行为认知,能够帮助其发挥潜能,提高克服困难的能力。

性心理支持。对患者进行积极的心理支持十分重要,可以通过加强心理辅导,建立信心,积极纠正焦虑情绪,劳逸结合,对 ED-PE 共病的预后具有深远的意义。

伴侣同诊共治。性伴侣不恰当的态度和不经意出现的可能对患者产生负面影响的不良言行,均对本疾病的诊治存在一定的干扰,因此对双方同诊共治、积极健康教育是本病治疗中的重要一环。

## 七、总结与展望

本指南旨在帮助临床医师对 ED-PE 共病的中西医结合多学科诊断和治疗作出合理决策,在针对具体患者时,应充分了解本病的最佳临床证据和现有医疗资源,在全面考虑患者具体病情及其意愿的基础上,根据自己的知识和经验,制定合理的多学科诊疗方案。本指南尚存在一些不完善之处,随着 ED、PE 以及 ED-PE 共病的研究进展和 MDT 模式的发展,必将出现更多、更好的治疗策略,本指南将根据学科进展和临床需要不断更新和完善。

## 参 考 文 献

- 早泄与勃起功能障碍共病诊疗中国专家共识. 中华男科学杂志 2021;27(5):461-466
- Tsai WK, Chiang PK, Lu CC, *et al.* The comorbidity between premature ejaculation and erectile dysfunction—a cross-sectional internet survey. *Sex Med* 2019;7(4):451-458
- Chin CW, Tsai CM, Lin JT, *et al.* A cross-sectional observational study on the coexistence of erectile dysfunction and premature ejaculation. *Sex Med* 2021;9(6):100438
- Sansone A, Yuan J, Hou G, *et al.* From Waterloo to the Great Wall; a retrospective, multicenter study on the clinical practice and cultural attitudes in the management of premature ejaculation, in China. *Andrology* 2024; 12(2): 247-258
- Corona G, Rastrelli G, Limoncin E, *et al.* Interplay between premature ejaculation and erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2015;12(12): 2291-2300
- Corona G. Erectile dysfunction and premature ejaculation: a continuum movens supporting couple sexual dysfunction. *J Endocrinol Invest* 2022;45(11):2029-2041
- Salama N, Eid A, Swedan A, *et al.* Increased prevalence of premature ejaculation in men with metabolic syndrome. *Ageing Male* 2017;20(2):89-95
- Chen X, Wang FX, Hu C, *et al.* Penile sensory thresholds in subtypes of premature ejaculation: implications of comorbid erectile dysfunction. *Asian J Androl* 2018;20(4):330-335
- Koskimäki J, Hakama M, Huhtala H, *et al.* Effect of erectile dysfunction on frequency of intercourse: a population based prevalence study in Finland. *J Urol* 2000;164(2): 367-370
- 郭军. 基于“脑-心-肾-精室”轴的男科用药原则与规律探讨. 中华男科学杂志 2021;27(4):291-294
- 沈鹤军, 景涛. 太极拳锻炼联合还少胶囊对心理性勃起功能障碍患者勃起功能及性激素水平的影响. 中医杂志 2012;53(13):1129-1132
- 景涛, 沈鹤军, 刘叶兰, 等. 左归丸联合“五禽戏”对心理性勃起功能障碍患者勃起功能及阴囊-睾丸温度的影响. 中医杂志 2012;53(23):2017-2020
- Von Büren M, Rodler S, Wiesenhütter I, *et al.* Digital real-world data suggest patient preference for tadalafil over sildenafil in patients with erectile dysfunction. *Eur Urol Focus* 2022;8(3):794-802
- Cui J, Cao D, Bai Y, *et al.* Efficacy and safety of 12-week monotherapy with once daily 5 mg tadalafil for lower urinary tract symptoms of benign prostatic hyperplasia: evidence-based analysis. *Front Med (Lausanne)* 2021;8:744012
- Porst H, Gacci M, Büttner H, *et al.* Tadalafil once daily in men with erectile dysfunction: an integrated analysis of data obtained from 1913 patients from six randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical studies. *Eur Urol* 2014; 65(2):455-464
- Ahmed NS. Tadalafil: 15 years' journey in male erectile dysfunction and beyond. *Drug Dev Res* 2019; 80(6): 683-701
- Kloner RA, Stanek E, Crowe CL, *et al.* Effect of phosphodiesterase type 5 inhibitors on major adverse cardiovascular events and overall mortality in a large nationwide cohort of men with erectile dysfunction and cardiovascular risk factors: a retrospective, observational study based on healthcare claims and national death index data. *J Sex Med* 2023;20(1):38-48
- Giuliano F, Oelke M, Jungwirth A, *et al.* Tadalafil once daily improves ejaculatory function, erectile function, and sexual satisfaction in men with lower urinary tract symptoms



- suggestive of benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction: results from a randomized, placebo- and tamsulosin-controlled, 12-week double-blind study. *J Sex Med* 2013;10(3):857-865
- 19 Salonia A, Bettocchi C, Capogrosso P, *et al.* EAU guidelines on sexual and reproductive health-limited update 2023. *Male Sexual Dysfunction* 2023
- 20 Bai WJ, Li HJ, Dai YT, *et al.* An open-label, multicenter, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in Chinese men naïve to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. *Asian J Androl* 2015;17(1):61-67
- 21 Rubio-Aurioles E, Porst H, Kim ED, *et al.* A randomized open-label trial with a crossover comparison of sexual self-confidence and other treatment outcomes following tadalafil once a day vs. tadalafil or sildenafil on-demand in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2012;9(5):1418-1429
- 22 Bai WJ, Li HJ, Jin JJ, *et al.* A randomized clinical trial investigating treatment choice in Chinese men receiving sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction. *Asian J Androl* 2017;19(4):500-504
- 23 Modi NB, Dresser MJ, Simon M, *et al.* Single-and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. *J Clin Pharmacol* 2006;46(3):301-309
- 24 Mohseni Rad H, Zahirian Moghadam T, Hosseinkhani A, *et al.* Comparison of dapoxetine/tadalafil and paroxetine/tadalafil combination therapies for the treatment of the premature ejaculation: a randomized clinical trial. *Urol J* 2021;19(2):138-143
- 25 McMahon CG, Giuliano F, Dean J, *et al.* Efficacy and safety of dapoxetine in men with premature ejaculation and concomitant erectile dysfunction treated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor: randomized, placebo-controlled, phase III study. *J Sex Med* 2013;10(9):2312-2325
- 26 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
- 27 Zhao GJ, Guo Q, Li YF, *et al.* Efficacy and safety of dapoxetine for premature ejaculation: an updated systematic review and meta-analysis. *Sex Health* 2019;16(4):301-313
- 28 Pastore AL, Palleschi G, Leto A, *et al.* A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *Int J Androl* 2012;35(4):528-533
- 29 Simsek A, Kirecci SL, Kucuktopcu O, *et al.* Comparison of paroxetine and dapoxetine, a novel selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of premature ejaculation. *Asian J Androl* 2014;16(5):725-727
- 30 Du Y, Jiang Y, Zhang J, *et al.* Efficacy and safety of “on-demand” dapoxetine in treatment of patients with premature ejaculation: a meta-analysis. *Med Sci Monit* 2019;25:4225-4232
- 31 Peng J, Yang L, Liu L, *et al.* Safety and effectiveness of dapoxetine on demand in chinese men with premature ejaculation: results of a multicenter, prospective, open-label phase IV study. *Sex Med* 2021;9(2):100296
- 32 郭军, 张春影, 吕伯东. 早泄诊断与治疗. 北京: 人民军医出版社; 2011
- 33 孙中义, 李彦锋, 张荣贵, 等. 伊木萨克片治疗早泄的多中心临床研究. 中国男科学杂志 2010;24(2):46-47, 50
- 34 Verze P, Cai T, Magno C, *et al.* Comparison of treatment emergent adverse events in men with premature ejaculation treated with dapoxetine and alternate oral treatments: results from a large multinational observational trial. *J Sex Med* 2016;13(2):194-199
- 35 Dresser MJ, Desai D, Gidwani S, *et al.* Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors. *Int J Impot Res* 2006;18(1):104-110
- 36 宫满成, 董文静, 李淼沅, 等. 盐酸达泊西汀联合他达拉非治疗原发性早泄的临床研究. 现代生物医学进展 2017;17(9):1648-1650
- 37 Zhou H, Tang S. 413 Tadalafil, dapoxetine alone or in combination for the treatment of erectile dysfunction combined with premature ejaculation. *J Sex Med* 2018;15(7):S269
- 38 邢增术, 张冲, 刘振湘, 等. 盐酸达泊西汀联合小剂量他达拉非治疗原发性早泄的前瞻性随机对照临床研究. 临床泌尿外科杂志 2018;33(8):623-625, 632
- 39 姜辉, 邓春华, 商学军, 等. “他达拉非 5 mg 每日一次治疗勃起功能障碍”中国专家共识. 中国男科学杂志 2018;32(1):57-62 + 72
- 40 Lee WK, Lee SH, Cho ST, *et al.* Comparison between on-demand dosing of dapoxetine alone and dapoxetine plus mirodenafil in patients with lifelong premature ejaculation: prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study. *J Sex Med* 2013;10(11):2832-2841
- 41 Martyn-St James M, Cooper K, Ren K, *et al.* Topical anaesthetics for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Sex Health* 2016;13(2):114-123
- 42 Sato Y, Otani T, Amano T, *et al.* Silodosin versus naftopidil

- in the treatment of premature ejaculation: a prospective multicenter trial. *Int J Urol* 2017;24(8):626-631
- 43 Wu T, Yue X, Duan X, *et al.* Efficacy and safety of tramadol for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Urology* 2012;80(3):618-624
- 44 Barbonetti A, D' Andrea S, Francavilla S. Testosterone replacement therapy. *Andrology* 2020;8(6):1551-1566
- 45 Campbell JD, Matti D, Abed H, *et al.* Technological advancements for treating erectile dysfunction and peyronie's disease. *Urol Clin North Am* 2022;49(1):175-184
- 46 Elena BW, Zachary M, Haritha P, *et al.* Current status of intracavernosal injection therapy in erectile dysfunction. *Expert Opin Pharmacother* 2023;24(8):925-933
- 47 Deger MD, Gül M, Serefoglu EC. Surgical treatment of premature ejaculation: a narrative review. *Int J Impot Res* 2023
- 48 Wang H, Lei X, Ma D, *et al.* Efficacy of acupuncture for psychogenic erectile dysfunction: a randomized, sham-controlled trial. *Basic Clin Androl* 2023; 21;33(1):40
- 49 Wang H, Zhao M, Zhang J, *et al.* The efficacy of acupuncture on patients with erectile dysfunction: a review. *Evid Based Complement Alternat Med* 2022; 9;2022:4807271
- 50 陈仲新. 针刺与药物治疗原发性单纯性早泄疗效对照观察. *中国针灸* 2009;29(1):13-15
- 51 雷旭露, 王浩, 张继伟, 等. 基于“脑-心-肾-精室”轴探讨针刺治疗男科疾病的思路. *中国性科学* 2023;32(10):117-120
- 52 王浩, 马东岳, 赵子维, 等. 基于“脑-心-肾-精室”轴探讨针刺治疗阳痿. *上海中医药杂志* 2023;57(10):30-34
- 53 唐博. 基于“脑-心-肾-精室”轴针刺治疗心肾不交型早泄的临床疗效观察. 成都: 成都中医药大学; 2023
- 54 郭军, 焦拥政, 耿强. 中医泌尿男科学. 郑州: 河南科学技术出版社; 2020
- 55 杨丽芸, 程长云, 刘昱材, 等. 推拿手法调节生殖系统疾病效应及机制研究. *河北中医药学报* 2018;33(1):43-45
- 56 李冀, 樊金卿. 固精1号胶囊联合穴位注射治疗肾气不固型早泄的临床观察. *中国中医药科技* 2015;22(2):187
- 57 谈建新, 李楠. 穴位埋线治疗早泄 60 例. *光明中医* 2011;26(4):764-765
- 58 薛鹏飞, 张玲, 尤耀东. 早泄的中医药特色疗法浅析. *中国民间疗法* 2021;29(8):122-125
- 59 陈成, 肖豆, 谭志高, 等. 针灸治疗阳痿的选穴规律分析. *中医药导报* 2021;27(2):164-169
- 60 张利民, 谭毅, 叶欣, 等. 中医药外治法治疗早泄 60 例临床观察. *成都中医药大学学报* 2011;34(4):33-35
- 61 崔应东, 胡述彬. 中药喷剂联合脱敏疗法治疗原发性早泄的临床研究. *中国性科学* 2014;23(2):86-88
- 62 成海生, 张韬, 贺宏波, 等. “滑悦-A 方”外用膏剂治疗早泄 51 例. *中医外治杂志* 2017;26(6):24-26
- 63 代占科, 郭士强, 夏小华. 癍闭舒膏外贴联合黛力新口服治疗早泄 60 例. *中医外治杂志* 2019;28(3):22-23
- 64 于文晓, 王浩. 勃起功能障碍中西医结合多学科诊疗指南(2022 版). *中国男科学杂志* 2022;36(4):3-9
- 65 中国中医药信息学会男科分会. 早泄中西医结合多学科诊疗指南(2021 版). *中国男科学杂志* 2021;35(3):66-72
- 66 Chubak B, Doctor A. Traditional Chinese medicine for sexual dysfunction: review of the evidence. *Sex Med Rev* 2018 Jul;6(3):410-418
- 67 李鲁豫, 琚保军, 李霄, 等. 疏肝益阳胶囊干预下勃起功能障碍和早泄患者性功能相关量表指标与不良反应的 Meta 分析. *中国性科学* 2023;32(09):119-124
- 68 张春和, 赵凡, 李焱风, 等. 柴芍二仙汤联合他达拉非片治疗勃起功能障碍 40 例临床研究. *云南中医中药杂志* 2017;38(1):29-32
- 69 涂雅玲, 陈其华. 温阳补肾汤联合他达拉非治疗肾阳不足型阳痿的疗效观察. *中医药导报* 2020;26(1):66-68 + 74
- 70 杨克冰, 黄晓军, 张士更, 等. 小剂量他达拉非联合疏肝益阳胶囊治疗轻中度勃起功能障碍的疗效分析. *中华男科学杂志* 2014;20(3):267-272
- 71 郭军, 常德贵, 陈磊, 等. 中药联合西地那非治疗中国勃起功能障碍患者的真实世界研究. *中华男科学杂志* 2017;23(10):917-921
- 72 晏斌, 郭军, 高庆和, 等. 从“异病同治”谈麒麟丸在男科中的应用进展. *中国性科学* 2020;29(4):108-111
- 73 闫向前, 李彦锋, 杨登科, 等. 伊木萨克片联合盐酸达泊西汀治疗原发性早泄的临床观察. *中华男科学杂志* 2016;22(9):817-822
- 74 胡悦, 李伟伟. 麒麟丸联合盐酸达泊西汀治疗早泄的临床效果. *中国医药导报* 2021;18(4):85-89
- 75 高明, 王磊, 张磊, 等. 疏肝益阳胶囊联合达泊西汀治疗肝郁肾虚型原发性早泄的临床观察. *中国性科学* 2020;29(4):111-115
- 76 Guo J, Wang F, Zhou Q, *et al.* Safety and efficacy of traditional Chinese medicine, Qiaoshao formula, combined with dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: an open-label, real-life, retrospective multicentre study in Chinese men. *Andrologia* 2021;53(1):e13915