الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الجراحة

الدابوكستين مقابل الليدوكائين الموضعي في تدبير القذف المبكر

بحث أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في الجراحة البولية

إعداد طالب الدراسات العليا

دارا محمد العلي

بإشراف
م.د محمد الطويل

برئاسة
أ.د صلاح الدين رمضان

2025 م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Approval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من طالب الدراسات العليا: دارا محمد العلي تبين أنها تقيدت بالملاحظات وأجرت التصويبات المطلوبة كلها.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتور:

الأستاذ/المدرس الدكتور في الشعبة....، قسم.....، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – رئيساً.

الاسم: أ.د.

الدكتور:

الأستاذ/المدرس الدكتور في الشعبة....، قسم....، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – مشرفاً.

الاسم: أ.د.

الدكتور:

الأستاذ/المدرس الدكتور في الشعبة.....، قسم.....، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم: أ.د.

تصريح

أصرح بأن البحث الموصوف في الأطروحة بعنوان (الدابوكسين مقابل الليدوكائين الموضعي في تدبير القذف المبكر) لا يوجد أي جزء من هذه الرسالة أخذ بالكامل من عمل آخر أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في هذه الجامعة أو جامعة أخرى أو أي معهد تعليمي وأنّ كافة الأعمال والنتائج المذكورة هي نتيجة مجهود شخصي وبتوجيه من الأستاذ المشرف، وأنّ أية معلومات أو نتائج ذكرت قد نسبت إلى مصادرها ومؤلفيها في النص وفي قائمة المراجع.

الاسم والتوقيع:

دارا محمد العلي

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
فهرس الجداول	**III**
فهرس المخططات البيانية	**IV**
الملخص	**V**
الجزء التمهيدي	**1**
الجزء الأول – الدراسة النظرية	**6**
1. مقدمة	**7**
2. تشريح وفيزيولوجيا الاستجابة القذفية	**8**
3. القذف المبكر	**10**
1.3 التصنيف	10
2.3 تعريف القذف المبكر	11
3.3 انتشار القذف المبكر	13
4.3 أسباب القذف المبكر	14
1.4.3 القذف المبكر مدى الحياة	15
2.4.3 القذف المبكر المكتسب	15
5.3 التشخيص والتقييم	17
6.3 التدبير	19
1.6.3 العلاج النفسي الجنسي	20
2.6.3 التدبير الدوائي	22
الجزء الثاني – الدراسة العملية	**33**
1. هدف البحث	**34**
2. مناهج البحث وأدواته	**34**
1.2 مكان وتاريخ الدراسة	34
2.2 تصميم الدراسة	34
3.2 مجموعة الدراسة	34
4.2 معايير الاستبعاد من الدراسة	34
5.2 طريقة الدراسة	35
3. النتائج ومناقشتها	**36**

4. المقارنة مع الدراسات العالمية	43
5. الاستنتاجات	49
6. التوصيات	50
المراجع	51

فهرس الجداول

الجدول	الصفحة
الجدول (1): تعريفات القذف المبكر	12
الجدول (2): الأسئلة الموصى بها والاختيارية لوضع تشخيص القذف المبكر وتوجيه العلاج	18
الجدول (3): العلاجات الدوائية للقذف المبكر	29
الجدول (4): الفئات العمرية في مجموعتي الدراسة	37
الجدول (5): مشعر كتلة الجسم BMI في مجموعتي الدراسة	38
الجدول (6): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث متوسط IELT قبل العلاج وبعده	39
الجدول (7): العلاقة بين التوزع العمري للمرضى ومتوسط IELT قبل العلاج الدوائي وبعده	40
الجدول (8): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث درجة PEDT قبل العلاج وبعده	41
الجدول (9): التأثيرات الجانبية للأدوية المستخدمة	42
الجدول (10): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث التوزع العمري للمرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي	45
الجدول (11): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث متوسط IELT للمرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي قبل العلاج وبعده	46
الجدول (12): العلاقة بين التوزع العمري للمرضى ومتوسط IELT قبل العلاج الدوائي وبعده في دراستنا ودراسة Sikdar لدى المرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي	47
الجدول (13): التأثيرات الجانبية الناجمة عن الدابوكستين الفموي في كل من دراستنا ودراسة Sikdar	48

فهرس المخططات البيانية

المخطط البياني	الصفحة
المخطط البياني (1): الفئات العمرية في مجموعتي الدراسة	37
المخطط البياني (2): مشعر كتلة الجسم في مجموعتي الدراسة	38
المخطط البياني (3): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث متوسط IELT	39
المخطط البياني (4): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث درجة PEDT بعد العلاج	41
المخطط البياني (5): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث التوزع العمري للمرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي	45
المخطط البياني (6): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث متوسط IELT للمرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي قبل العلاج وبعده	46
المخطط البياني (7): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث التأثيرات الجانبية للدابوكستين	48

الملخص

- **هدف البحث:** إن هدف هذا البحث هو دراسة فعالية استخدام الدابوكستين أو الليدوكائين الموضعي في تدبير القذف المبكر، ودراسة الفروق بينهما من حيث الفعالية ورضا الشريكين.

- **المواد والطرائق:** دراسة حشدية تقدمية، تم فيها توزيع المرضى عشوائياً لمجموعتين للعلاج، تشمل الدراسة المرضى المشخص لديهم PE ممن لديهم قيمة PEDT تبلغ 9 فما فوق، حيث تم بداية تدوين بيانات ومعلومات المرضى ومن ثم متابعتهم بعد التداخل الدوائي المتخذ لمدة 12 أسبوع من خلال حساب PEDT و IELT ودراسة التأثيرات الجانبية للأدوية المستخدمة.

- **النتائج:** تضمنت الدراسة 113 مريض، تم تصنيفهم حسب مجموعة العلاج إلى: المجموعة (A): عولجت باستخدام دابوكستين 30ملغ/يوم وضمت 57 مريض، والمجموعة (B) عولجت باستخدام ليدوكائين 10% قبل ربع ساعة من الجماع وضمت 56 مريض. متوسط العمر ومتوسط BMI و PEDT كان متقارباً بين مجموعتي الدراسة قبل التداخل. كان العلاج ناجحاً لدى 73.6% و75% من مرضى المجموعة A و B على التوالي. متوسط IELT كان أعلى في مجموعة الليدوكائين بعد أسبوع وأربع أسابيع مع وجود فارق إحصائي هام، بينما بعد 12 أسبوع كانت متقاربة بين المجموعتين دون وجود دلالة إحصائية هامة (P= 0.78).

- **الخلاصة:** يمكن استخدام كل من الدابوكستين الفموي (30 ملغ يومياً) أو الليدوكائين (10% عند الطلب) لتدبير القذف المبكر، ويُترك قرار الاختيار حسب تفضيل الطبيب والمريض لطريقة الاستخدام، مع التأكيد على أن الدابوكستين الفموي يحتاج لمدة أطول للوصول لفعالية مقاربة لليدوكائين.

- **الكلمات المفتاحية:** القذف المبكر، دابوكستين، ليدوكائين

الجزء التمهيدي

مقدمة:

- القذف المبكر PE (Premature Ejaculation) هو اضطراب جنسي شائع لدى الرجال ويعاني واحد من كل ثلاثة رجال تقريباً من القذف المبكر، لكن الآليات الأساسية لم يتم فهمها جيداً بعد. [1]
- استناداً إلى تعريف الجمعية الدولية للطب الجنسي ISSM (International Society for sexual medicine) يشار إلى PE إلى أنه عدم القدرة على السيطرة على القذف أو تأخيره مما يؤدي إلى عدم رضا المريض أو شعوره بالضيق. [2]
- يتم تصنيف PE على أنه دائم أو مكتسب، حيث يُعرف PE الدائم بأنه القذف الذي يحدث دائماً أو تقريباً بشكل دائم قبل أو خلال دقيقة من الإيلاج المهبلي من أول تجربة جنسية في حين أن القذف المبكر المكتسب يعد انخفاضاً مهماً سريرياً و مزعجاً في زمن القذف يصل غالباً إلى 3 دقائق. [3]
- في الأدب الطبي، ذكرت تأثيرات سلبية نفسية لدى الرجال الذين يعانون من PE و كذلك لدى شريكاتهم بما في ذلك الاكتئاب والقلق، حيث أن الاضطرابات النفسية والاجتماعية والشخصية يمكن أن تؤثر على نوعية حياة الرجال وعلاقاتهم مع الشريك كذلك تقدير الذات والثقة بالنفس. [5,4]
- حتى وقت قريب، كان يتم علاج القذف المبكر عن طريق تقنيات سلوكية مثل تقنية الضغط و طريقة التوقف–البدء. ولم تكن هناك علاجات دوائية معتمدة للPE قبل استخدام الدابوكستين، لذا كان العلاج يشتمل على استخدام مثبطات عود امتصاص السيروتونين الانتقائية SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) والعوامل الموضعية بمفردها أو بالاشتراك مع أدوية أخرى. [7,6]
- دابوكستين هو SSRI جديد يعمل عن طريق تثبيط قوي لنقل 5–HT، يتمتع بنصف عمر قصير وهو دواء جيد لسرعة القذف، وباعتباره قصير المفعول فإن الدابوكستين أكثر ملاءمة للاستخدام اليومي عند الحاجة. [9,8]

- من بين الأدوية المستخدمة فإن العوامل المخدرة الموضعية تملك مخاطر أقل على المرضى و تتميز بالحد الأدنى من التأثيرات الجانبية الجهازية و القدرة على الاستخدام عند الطلب. الليدوكائين هو مخدر موضعي من فئة الأميد يعمل عن طريق حصار قنوات الكالسيوم و يشيع استخدامه لعلاج PE بتركيزات مختلفة. [11,10]

المشكلة البحثية:

تكمن في شيوع القذف المبكر و ما يسببه من مشاكل نفسية واجتماعية و على نوعية حياة الرجال وعلاقاتهم مع الشريك كذلك الثقة بالنفس. مما يستلزم معرفة مدى فعالية المعالجات الدوائية المستخدمة.

تساؤلات البحث:

- ما مدى فعالية استخدام الدابوكستين في تدبير القذف المبكر؟
- ما مدى فعالية استخدام الليدوكائين الموضعي في تدبير القذف المبكر؟
- ما هي الفروق بين استخدام الدابوكستين و الليدوكائين الموضعي في تقليل حدوث القذف المبكر من حيث الفعالية و رضا الشريكين؟

هدف البحث:

دراسة فعالية استخدام الدابوكستين أو الليدوكائين الموضعي في تدبير القذف المبكر، ودراسة الفروق بينهما من حيث الفعالية ورضا الشريكين.

مناهج البحث وأدواته:

مكان وتاريخ الدراسة: عيادة الجراحة البولية في مشفيي جامعة دمشق (المواساة الجامعي، الوطني الجامعي) في الفترة الممتدة ما بين 2024/2 وحتى 2025/4

تصميم الدراسة: دراسة حشدية تقدمية (Prospective cohort study)، تم فيها توزيع المرضى عشوائياً لمجموعتين للعلاج، تشمل الدراسة المرضى المشخص لديهم PE ممن لديهم قيمة PEDT تبلغ 9 فما فوق، حيث تم بداية تدوين بيانات ومعلومات المرضى ومن ثم متابعتهم بعد التداخل الدوائي المتخذ لمدة 12 أسبوع من خلال حساب PEDT و IELT ودراسة التأثيرات الجانبية للأدوية المستخدمة.

مجموعة الدراسة: تشمل مرضى PE ممن لديهم قيمة PEDT تبلغ 9 فما فوق والذين راجعوا عيادة الجراحة البولية في مشفيي جامعة دمشق (المواساة الجامعي – الوطني الجامعي) والذين تمكنا من متابعتهم لمدة 12 أسبوع خلال الفترة الممتدة من 2024/2 حتى 2025/4.

معايير الاستبعاد من الدراسة: تم استثناء المرضى:

- المرضى الذين لم نتمكن من متابعة التواصل معهم بعد التداخل الدوائي.
- المرضى الذين لم يلتزموا بالعلاج الدوائي المقترح.
- وجود مضاد استطباب لأي من الأدوية المستخدمة.

حجم العينة: بالاعتماد على الموقع الالكتروني http://powerandsamplessize.com قمنا باستخدام القانون الإحصائي المحدد لحجم العينة الأصغري المفترض جمعه وذلك بعد الارتكاز على المعايير التالية:

اعتماد قوة الدراسة 80% و نسبة الخطأ 5%

بناءً على ما سبق وبتطبيق القانون الإحصائي المناسب فإن حجم العينة الأصغري اللازم حتى يكون للدراسة المجراة دلالة إحصائية هو (100) مريض يتوزعون ضمن مجموعتين.

مصادر البيانات: البيانات التي سترد في الدراسة مأخوذة من السجلات الطبية للمرضى المدروسين والتي تم الاحتفاظ بها في أرشيف المشافي الجامعية بدمشق.

تحليل البيانات:

- تم إجراء الدراسة الإحصائية من خلال برنامج (SPSS) وتم اعتبار قيمة الخطأ ألفا تساوي a=0.05.
- تم استخدام اختبارات (T.tests) للمتغيرات الرقمية ذات التوزع الطبيعي أو مكافئاتها غير المعيارية للمتغيرات الرقمية ذات التوزع غير الطبيعي واختبار (Chi-square) للمتغيرات الفئوية.
- مقارنة النتائج الموصول إليها مع النتائج العالمية المتوفرة ومناقشتها.

الدراسات المرجعية:

1. دراسة Alghobary وزملاؤه:[12] المنشورة عام 2020، الدراسة تمت على 55 مريض، وجدت الدراسة أن الليدوكائين أفضل من الدابوكستين في تدبير القذف المبكر.

2. دراسة Sikdar وزملاؤه:[13] المنشورة عام 2017، الدراسة تمت على 60 مريض، عند المتابعة لمدة 12 ساعة تحسنت مدة الإيلاج المهبلي قبل القذف بشكل هام مع القليل من التأثيرات الجانبية حيث كان الدابوكستين جيد التحمل من قبل المرضى.

3. دراسة Shariev وزملاؤه:[14] المنشورة عام 2022، الدراسة تمت على 150 مريض، توصلت الدراسة إلى أن الليدوكائين ساهم في تحسين الرضا عن النشاط الجنسي لدى الشريكين مع زيادة تتجاوز 2 دقيقة في حدوث القذف.

مكونات البحث:

- **الجزء الأول**: يتحدث عن الإطار النظري ويشمل:

1. مقدمة
2. تشريح وفيزيولوجيا الاستجابة القذفية
3. القذف المبكر

1.3 التصنيف

2.3 تعريف القذف المبكر

3.3 انتشار القذف المبكر

4.3 أسباب القذف المبكر

5.3 التشخيص والتقييم

6.3 التدبير

- **الجزء الثاني**: يتحدث عن الإطار العملي لدراستنا ويشمل طريقة الدراسة والنتائج التي توصلنا لها ومقارنتها مع الدراسات العالمية، ويشمل الفصول الآتية:

1. هدف البحث
2. مناهج البحث وأدواته
3. النتائج
4. المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالمية
5. الاستنتاجات
6. التوصيات

الجزء الأول – الدراسة النظرية

1. مقدمة:

يعد اضطراب القذف EjD (Ejaculatory dysfunction) أحد أكثر الاضطرابات الجنسية شيوعاً لدى الذكور. يمتد نطاق هذا الاضطراب من القذف المبكر PE (Premature Ejaculation) إلى تأخر القذف DE (Delayed Ejaculation) وصولاً إلى عدم القدرة على القذف تماماً (المعروف باسم انعدام القذف Anejaculation)، ويشمل القذف الراجع RE (Retrograde Ejaculation)، القذف المؤلم، انعدام اللذة عند القذف Ejaculatory anhedonia، ومتلازمة ما بعد النشوة POIS (Postorgasmic illness syndrome) الموصوفة مؤخراً.

تتكون دورة الاستجابة الجنسية من أربع مراحل تفاعلية: الرغبة، الإثارة، النشوة، الارتخاء (الانحلال). خلال النشاط الجنسي، تصل مستويات الإثارة الجنسية المتزايدة إلى حد يُحفز الاستجابة القذفية، والتي تُنهي عادةً العملية الجنسية لدى الرجل. تؤدي انقباضات العضلات المخططة إلى خروج السائل المنوي أثناء القذف، ويتم توسط ذلك من خلال الأعصاب الحسية في منطقة الحوض، وبالتالي إلى النشوة الجنسية، وهي حدث قشري مميز، يُختبر ظاهرياً ومعرفياً وعاطفياً.

يمثل زمن القذف، وهو الوقت الممتد من بداية تحفيز القضيب إلى لحظة القذف، سلسلة زمنية متواصلة تُظهر تبايناً بين الرجال، ولدى كل رجل، عبر الحالات. على الرغم من أن الغالبية العظمى من الرجال يبدو أنهم يصلون إلى القذف والنشوة الجنسية بعد عدة دقائق من التحفيز القضيبي المهبلي، ويكونون، إلى جانب شركائهم، راضين عن زمن استجابة القذف لديهم، إلا أن آخرين أفادوا بعدم الرضا. على وجه التحديد، يقذف بعض الرجال بسرعة كبيرة بعد الإيلاج، أو أحياناً قبله، ويفعلون ذلك بأقل قدر من التحفيز. قد يقذف آخرون بصعوبة بالغة أو لا يقذفون على الإطلاق، حتى بعد تحفيز طويل الأمد. [15]

2. تشريح وفيزيولوجيا الاستجابة القذفية:

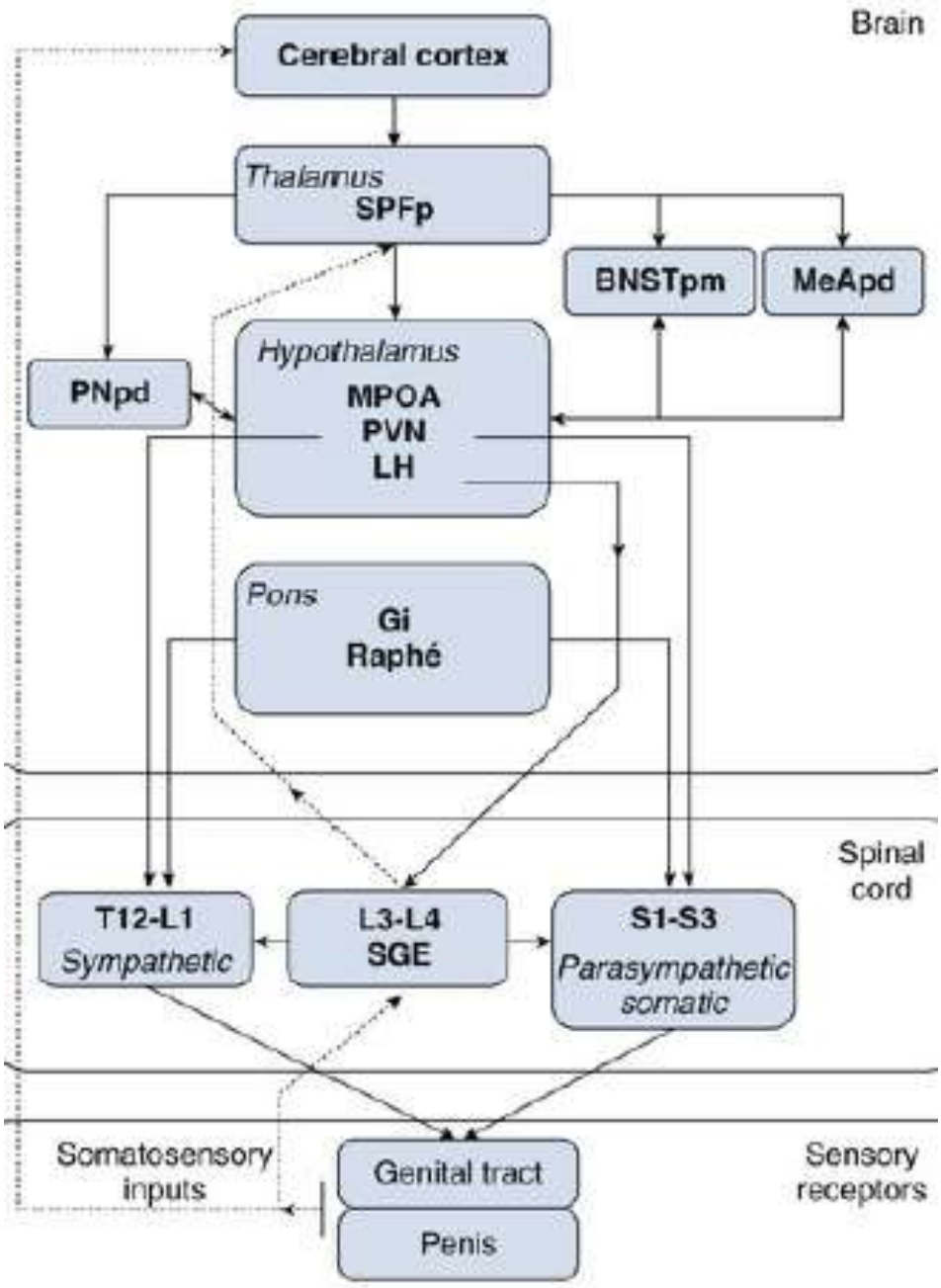
يتألف رد الفعل القذفي من مستقبلات ومناطق حسية، ومسارات واردة، ومناطق حسية دماغية، ومراكز حركية دماغية، وأخرى نخاعية، ومسارات صادرة. تعد المراكز الدماغية التي تتحكم في القذف جزءاً من شبكة أشمل تتحكم في جوانب أخرى من الاستجابة الجنسية. من الناحية الكيميائية العصبية، يتضمن رد الفعل هذا تفاعلاً معقداً بين الخلايا العصبية المركزية السيروتونينية والدوبامينية، مع مشاركة ثانوية للخلايا العصبية الكولينية، والأدرينالية، والأوكسيتوسينية، وحمض غاما أمينوبوتيريك (GABA). يتم التحكم في الأحداث المحيطية المؤدية إلى القذف من خلال التنشيط التآزري للأقسام الذاتية (الودية ونظيرة الودية) والجسدية للجهاز العصبي. بالإضافة إلى ذلك، قد يساهم التعصيب غير الأدرينالي غير الكوليني في التحكم في القذف من خلال تعديل نشاط الغدد الجنسية الملحقة.

تنشأ النبضات الحركية اللاإرادية والجسدية من خمس مجموعات من النويات الشوكية التي تقع في الفقرات الصدرية القطنية والقطنية العجزية. ويتم التحكم في التنشيط المنسق للنوى الشوكية اللاإرادية والجسدية بواسطة مجموعة من الخلايا العصبية الشوكية القطنية (L3–L5) التي تُوصف بأنها المولد النخاعي للقذف. ويشكل مولد القذف، إلى جانب النوى الشوكية اللاإرادية والجسدية، شبكة شوكية تخضع لتأثير قوي من تحفيز أو تثبيط المدخلات الحسية التناسلية وفوق الشوكية.

بناءً على الوساطة الوظيفية والمركزية والمحيطية، يتم تقسيم عملية القذف عادةً إلى ثلاث مراحل متزامنة: الانبعاث Emission، القذف Ejection، والنشوة الجنسية Orgasm.

يتكون الانبعاث Emission من انقباضات القناة الأسهرية، الحويصلات المنوية، البروستات، مع خروج الحيوانات المنوية والسائل المنوي إلى الإحليل الخلفي، ويتم ذلك عن طريق التنشيط التآزري للمسارات الودية واللاودية (T10–L2)، وقد يتضمن أيضاً آلية إثارة كولينية. أما القذف Ejection فيتم بواسطة الأعصاب

الجسدية (S2–S4) عبر العصب الفرجي، ويتضمن تقلصات للعضلة البصلية الإسفنجية والعضلة الإسكية الكهفية، والعضلة رافعة الشرج، بالإضافة إلى استرخاء المصرة البولية الباطنة. [16]



الشكل (1): رسم تخطيطي لشبكة الجهاز العصبي المركزي التي تتحكم في القذف

يتضمن القذف أيضاً رد فعل ودي من النخاع الشوكي، والذي يكون التحكم فيه إرادياً محدوداً. ينغلق عنق المثانة (المصرة البولية الباطنة) لمنع التدفق الرجعي، وتنقبض العضلة البصلية الكهفية والعضلة البصلية الإسفنجية، وعضلات قاع الحوض الأخرى بانتظام، بينما تسترخي عضلة المصرة البولية الظاهرة. وتُظهر عضلة المصرة البولية الظاهرة انقباضات شديدة تتخللها فترات من الصمت أثناء قذف السائل المنوي.

النشوة الجنسية هي نتيجة المعالجة الدماغية للمنبهات الحسية للعصب الفرجي الناتجة عن زيادة الضغط في الإحليل الخلفي، والمنبهات الحسية الناشئة عن الأكيمة المنوية، وتقلص بصلة الإحليل والأعضاء الجنسية اللاحقة.

تشارك العديد من النواقل العصبية في التحكم في القذف، بما في ذلك الدوبامين، والنورإبينفرين، والسيروتونين، والأستيل كولين، والأوكسيتوسين، وحمض غاما أمينوبوتيريك (GABA)، وأوكسيد النتريك (NO). من بين الدراسات العديد التي أجريت لدراسة دور الدماغ في تطور الوظيفة الجنسية وتوسطها، برز الدوبامين والسيروتونين كعاملين كيميائيين عصبيين أساسيين. فبينما يعزز الدومابين الانبعاث/القذف عبر مستقبلات D2، فإن السيروتونين يثبطها.[17]

3. القذف المبكر:

1.3 التصنيف:

في عام 1943، اقترح Schapiro [18] تصنيف PE إلى نوعين: النوعان A وb. في عام 1989، أعاد Godpodinoff [19] تسمية كلا النوعين إلى: PE مدى الحياة (البدئي)، وPE المكتسب (الثانوي). على مر السنين، جرت محاولات عديدة لتحديد أنواع فرعية (مثل: الاضطراب الشامل مقابل الظرفي، تأثير مادة ما).

القذف المبكر مدى الحياة هو متلازمة تتميز بمجموعة من الأعراض الأساسية، بما في ذلك القذف المبكر في كل جماع تقريباً خلال 30 إلى 60 ثانية في معظم الحالات (80%) أو بين دقيقة ودقيقتين (20%)، مع كل شريك جنسي أو جميع الشركاء تقريباً، ومنذ اللقاءات الجنسية الأولى فصاعداً. يختلف القذف المبكر المكتسب في أن المصابين به يصابون به في مرحلة ما من حياتهم، وغالباً ما يكون ظرفياً، بعد أن مروا سابقاً بتجارب قذف طبيعية.

أظهرت أبحاث مجتمعية حول فترة الكمون للقذف ضمن المهبل IELT (Intravaginal Ejaculatory Latency Time) ودراسات رصدية أجريت على رجال يعانون من PE أنه على الرغم من انخفاض معدل انتشار PE الذي يقل عن دقيقة واحدة، والذي يبلغ 2.5% بين عامة السكان، إلا أن نسبة أعلى بكثير من الرجال ذوي IELT الطبيعي يشكون من PE. ولمراعاة هذا التنوع، اقترح Waldinger و Schweitzer تصنيفاً جديداً لـPE، يُميز فيه بين أربعة أنواع فرعية بناءً على مدة IELT، تواتر الشكاوى، ومسار الحياة. بالإضافة إلى PE البدئي والمكتسب، يشمل هذا التصنيف: PE المتغير الطبيعي (أو PE المتغير)، و EjD الشبيه بالقذف المبكر (أو PE الذاتي). يشتكي الرجال الذين يعانون من PE المتغير أحياناً من سرعة القذف، ولا ينبغي اعتبارها اضطراباً، بل تبايناً طبيعياً في وقت القذف لدى الرجال. من ناحية أخرى، يشكو الرجال الذين يعانون من PE الذاتي من سرعة القذف مع أن وقت القذف لديهم طبيعي أو حتى ممتد. من المحتمل أن تكون شكوى سرعة القذف لدى هؤلاء الرجال مرتبطة بعوامل نفسية و/أو ثقافية. في المقابل، يُشير القذف المبكر المستمر مدى الحياة إلى اضطراب وظيفي عصبي حيوي كامن، بينما يرتبط PE المكتسبة بأسباب طبية كامنة. [20]

2.3 تعريف القذف المبكر:

يعتمد البحث في علاج ووبائيات القذف المبكر بشكل كبير على تعريفه. تتضمن الأدبيات الطبية عدة تعريفات أحادية ومتعددة المتغيرات للقذف المبكر. يصف كل من هذه التعريفات الرجال المصابين بـPE باستخدام جميع

أو معظم الأبعاد المقبولة لهذه الحالة: مدة القذف، القدرة المتصورة على التحكم في القذف، انخفاض الرضا الجنسي، الضيق الشخصي، ضيق الشريك، الضيق بين الأشخاص أو العلاقات. لم يدعم أي من هذه التعريفات بحث سريري قائم على الأدلة.

عرفت اللجنة الثانية المخصصة لـISSM لتعريف القذف المبكر (2013) القذف المبكر (البدئي والمكتسب) بأنه خلل وظيفي جنسي لدى الذكور يتميز بما يلي: [21]

- القذف الذي يحدث دائماً أو دائماً تقريباً قبل أو خلال دقيقة واحدة تقريباً من الإيلاج المهبلي (PE البدئي) أو انخفاض كبير ومزعج في وقت الكمون، غالباً إلى حوالي 3 دقائق أو أقل (PE المكتسب).
- عدم القدرة على تأخير القذف في جميع أو جميع تقريباً جميع الإيلاجات المهبلية.
- العواقب الشخصية السلبية مثل الضيق والإزعاج والإحباط أو تجنب العلاقة الحميمة الجنسية.

ينبغي أن يُشكل هذا التعريف أساساً للتشخيص السريري للجماع الجنسي مدى الحياة، ولتصميم التجارب السريرية الرصدية والتدخلية المتعلقة به. يقتصر هذا التعريف على الرجال الذين يمارسون الجماع المهبلي نظراً لقلة الدراسات المتاحة حول أشكال أخرى من التعبير الجنسي.

الجدول (1): تعريفات القذف المبكر:

International Society of Sexual Medicine, 2014	PE هو خلل وظيفي جنسي عند الذكور يتميز بالقذف الذي يحدث دائماً أو دائماً تقريباً قبل أو في غضون دقيقة واحدة من الإيلاج المهبلي (PE البدئي)، أو انخفاض كبير ومزعج في وقت الكمون، غالباً إلى حوالي 3 دقائق أو أقل (PE المكتسب)، وعدم القدرة على تأخير القذف في جميع أو جميع الإيلاجات المهبلية تقريباً، والعواقب الشخصية السلبية مثل الضيق والإزعاج والإحباط و/أو تجنب العلاقة الحميمة الجنسية.
DSM-V-TR, 2012	نمط مستمر أو متكرر من القذف يحدث أثناء الجماع بين الشريكين خلال

	دقيقة واحدة تقريباً بعد الإيلاج المهبلي وقبل أن يرغب الشخص بذلك. يجب أن يستمر هذا العرض لمدة ستة أشهر على الأقل، وأن يُلاحظ في جميع أو كل حالات الجماع تقريباً (ما بين 75% و100%). ويُسبب ضائقة سريرية كبيرة لدى الشخص.
International Statistical Classification of Disease, 10th Edition (ICD-10) 1994	بالنسبة للأفراد الذين يستوفون المعايير العامة للضعف الجنسي، فإن عدم القدرة على التحكم في القذف بما يكفي ليتمكن كلا الشريكين من الاستمتاع بالعلاقة الجنسية، يتجلى إما في حدوث القذف قبل بدء الجماع أو بعده بفترة وجيزة (إذا كان هناك حد زمني، قبل أو خلال 15 ثانية)، أو في حدوث القذف في غياب انتصاب كافٍ لإتمام الجماع. المشكلة ليست نتيجة الانقطاع المطول عن النشاط الجنسي.
European Association of Urology, Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation	عدم القدرة على التحكم في القذف لفترة كافية قبل الإيلاج المهبلي. لا يؤثر ذلك على الخصوبة عند حدوث القذف داخل المهبل.
International Consultation on Urological Diseases, 2004	عدم القدرة على التحكم في القذف لفترة كافية قبل الإيلاج المهبلي. لا يؤثر ذلك على الخصوبة عن حدوث القذف داخل المهبل.

3.3 انتشار القذف المبكر:

لا تتوفر معلومات موثوقة حول انتشار PE بنمطيه البدئي والمكتسب لدى عامة الرجال. وتُشير التقديرات إلى أن PE تحدث لدى 4–39% من الرجال في المجتمع. وغالباً ما تُصنف على أنها أكثر الاضطرابات الجنسية

الذكرية شيوعاً. ومع ذلك، يوجد تفاوت كبير بين معدل حدوث القذف المبكر في الدراسات الوبائية، التي تعتمد إما على تقارير المرضى الذاتية عنه و/أو على تعريفات متضاربة وغير موثوقة له.

ستكون بيانات الانتشار المستمدة من التقارير الذاتية للمرضى أعلى بكثير من تقديرات الانتشار المستندة إلى تشخيص الطبيب باستخدام تعريف ISSM الأكثر تحفظاً للقذف المبكر. توضح الدراسات التالية تفاوت تقديرات الانتشار التي تتراوح بين 30% و3%. أفادت بيانات الدراسة العالمية للمواقف والسلوكيات الجنسية (GSSAB)، وهي دراسة استقصائية دولية تبحث في مواقف وسلوكيات ومعتقدات ومستوى الرضا الجنسي لدى 27500 رجل وامرأة تتراوح أعمارهم بين 40 و80 عاماً، أن معدل الانتشار العالمي للقذف المبكر (بناءً على التقارير الاتية للمرضى) بلغ حوالي 30% في جميع الفئات العمرية. تباينت تصورات زمن القذف "الطبيعي" باختلاف البلد، واختلفت عند تقييم المريض أو شريكه. ينبع أحد القيود الأساسية لمسح GSSAB من أن أصغر المشاركين كانوا في الأربعين من العمر، وهو عمر قد يختلف فيه معدل الإصابة بالقذف المبكر بين الذكور الأصغر سناً. وعلى عكس دراسة GSSAB، وجد مسح انتشار سرعة القذف أن معدل انتشار سرعة القذف بين الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و70 عاماً بلغ 22.7%. ويصعب تقييم معدل الانتشار الحقيقي للقذف المبكر في الممارسة السريرية. [22]

4.3 أسباب القذف المبكر:

تاريخياً، شملت محاولات تفسير أسباب القذف المبكر مجموعة متنوعة من النظريات البيولوجية والنفسية. معظم هذه الأسباب المقترحة غير مبنية على أدلة، وهي في أحسن الأحوال مجرد تكهنات. على الرغم من أن الرجال الذين يعانون من القذف المبكر مدى الحياة أو المكتسب يبدو أنهم يشتركون في أبعاد قصر فترة القذف، انخفاض أو غياب التحكم المتصور في القذف، ووجود عواقب شخصية سلبية للقذف المبكر، إلا أنهم يظلون مجموعات سكانية وأسبابية مختلفة ومتميزة.

1.4.3 القذف المبكر مدى الحياة L-PE (Lifelong Premature Ejaculation):

افترض Waldinger وآخرون أن القذف المبكر مدى الحياة لدى البشر يمكن تفسيره إما بنقص حساسية مستقبلات 5-HT2c و/أو فرط حساسية مستقبلات 5-HT1a. وأشارت دراسات حديثة إلى أن الاختلافات العصبية والوراثية لدى بعض الرجال قد تُسهم في الفيزيولوجيا المرضية لـL-PE، وفقاً لمعايير ISSM، وأن هذه الحالة قد تستمر وتتفاقم بسبب عوامل نفسية/بيئية. [23]

2.4.3 القذف المبكر المكتسب Acquired Premature Ejaculation:

يحدث PE المكتسب عادةً بسبب القلق من الأداء الجنسي، أو مشاكل نفسية، أو مشاكل في العلاقات، أو ضعف الانتصاب، وفي بعض الأحيان التهاب البروستات، أو فرط نشاط الغدة الدرقية، أو أثناء السحب/إزالة السموم من المخدرات. بالتوافق مع السبب العضوي السائد للقذف المبكر المكتسب، عادةً ما يكون الرجال المصابون بهذه الشكوى أكبر سناً ولديهم متوسط مشعر كتلة جسم أعلى ومعدل إصابة أكبر بالأمراض المصاحبة، بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم واضطراب الرغبة الجنسية والداء السكري والتهاب البروستات المزمن وضعف الانتصاب مقارنةً بالقذف المبكر مدى الحياة والمتغير والذاتي. وقد تم الإبلاغ عن زيادة انتشار القذف المبكر لدى الرجال المصابين بالمتلازمة الاستقلابية. ولم يُشر تحليلان منهجيان موسعان للبيانات المبلغ عنها إلى وجود فرق كبير في معدل القذف المبكر بين الرجال المختونين وغير المختونين. [24]

أفاد العديد من الباحثين أن القلق سبب للقذف المبكر، وهو راسخ في تراث الطب الجنسي باعتباره السبب الأكثر احتمالاً للقذف المبكر، على الرغم من ندرة الأدلة البحثية التجريبية التي تدعم أي دور سببي. وأشار العديد من الباحثين إلى أن القلق يُنشط الجهاز العصبي الودي ويقلل من عتبة القذف نتيجة لمرحلة قذف مبكرة. قد يؤدي ضعف الرغبة الجنسية إلى القذف المبكر نتيجة لرغبة لا واعية في اختصار الإيلاج غير المرغوب فيه. وبالمثل، قد يكون انخفاض الرغبة الجنسية نتيجة للقذف المبكر المزمن والمُحبط. قد تكون الاختلالات الجنسية لدى

الإناث (مثل انعدام النشوة الجنسية، انخفاض الرغبة الجنسية، النفور الجنسي، اضطرابات الإثارة الجنسية، اضطرابات الألم الجنسي) مرتبطة أيضاً بالقذف المبكر المكتسب. [25]

تُظهر البيانات الحديثة أن ما يصل إلى نصف الأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتصاب يعانون أيضاً من القذف المبكر. قد يحتاج الأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتصاب إلى مستويات أعلى من التحفيز لتحقيق الانتصاب، أو قد يسارعون في الجماع عمداً لمنع زوال الانتصاب، مما يؤدي إلى قذف مع تأخير قصير. وقد يتفاقم هذا الأمر بوجود مستويات عالية من قلق الأداء المرتبط بضعف الانتصاب، مما يُفاقم من تأخر الإنجاب لديهم. [26]

ترتبط إنتانات الجهاز البولي التناسلي السفلي الحادة والمزمنة، أو ألم البروستات، أو متلازمة الألم الحوضي المزمن، بضعف الانتصاب والقذف المبكر وألم القذف. تشير العديد من الدراسات إلى أن PE هو العرض الرئيسي للاضطراب الجنسي لدى الرجال المصابين بالتهاب البروستات المزمن أو متلازمة الألم الحوضي المزمن، بنسبة انتشار تتراوح بين 26% و77%. لا تزال الفيزيولوجيا المرضية الدقيقة للعلاقة بين التهاب البروستات المزمن وضعف الانتصاب وPE غير معروفة. وقد طُرح افتراض مفاده أن التهاب البروستات قد يؤدي إلى تغيير الإحساس وتعديل منعكس القذف، ولكن لا توجد أدلة كافية. وقد أفيد أن العلاج بالمضادات الحيوية لالتهاب البروستات الجرثومي المثبت لدى الرجال الذين يعانون من القذف المبكر المكتسب أدى إلى زيادة بنسبة 2.6 في IELT وتحسين التحكم في القذف لدى 83.9% من الأشخاص. [27]

يعاني غالبية مرضى اضطرابات الغدة الدرقية من خلل وظيفي جنسي. تشير الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين PE وانخفاض قيم هرمون TSH لدى مجموعة مختارة من المرضى. انخفض معدل انتشار PE لدى الرجال المصابين بفرط نشاط الغدة الدرقية من 50% إلى 15% بعد العلاج بتطبيع مستويات هرمون الغدة الدرقية. [28]

5.3 التشخيص والتقييم:

يجب تقييم الرجال الذين يُبلغون عن أنفسهم أن لديهم قذف مبكر من خلال قصة مرضية/جنسية كاملة، وفحص بدني مركز، وتقييم وظيفة الانتصاب، وأي فحوصات تُقترح بناءً على هذه النتائج. يعد إشراك الشريك في عملية العلاج عنصراً مهماً، ولكنه ليس إلزامياً، لنجاح العلاج. قد لا يفهم بعض المرضى سبب رغبة الطبيب في إشراك الشريك، وقد يتردد بعض الشركاء في الانضمام إلى المريض في العلاج. ومع ذلك، إذا لم يُشارك الشريكان في العلاج، فقد يُقاومان تغيير التفاعل الجنسي. يُمكن للشريك المتعاون أن يُعزز ثقة الرجل بنفسه، ومهاراته، وتقديره لذاته، وشعوره بالرجولة، وبشكل عام، يساعده على تطوير التحكم في القذف. من المرجح أن يؤدي هذا بدوره إلى تحسن في العلاقة الجنسية بين الزوجين، وكذلك الجوانب الأوسع لعلاقتهما. لا توجد دراسات مُحكمة حول تأثير إشراك الشركاء في علاج القذف المبكر. ومع ذلك، أظهرت مراجعة لدراسات علاج ضعف الانتصاب الدور المهم للتركيز على العوامل الشخصية في نجاح العلاج. يتوقع المرضى من الأطباء الاستفسار عن صحتهم الجنسية. غالباً ما يشعر المرضى بالحرج والخجل وعدم اليقين من ذكر الشكاوي الجنسية في عيادة أخصائي الرعاية الصحية. يتيح الاستفسار عن الصحة الجنسية للمرضى الإذن بمناقشة مخاوفهم الجنسية، كما أنه يُجري فحصاً للمخاطر الصحية المرتبطة بها (مثل مخاطر القلب والأوعية الدموية وضعف الانتصاب). [29]

يسرد الجدول الأسئلة الموصى بها والاختيارية التي يجب طرحها على المرضى الذين يشكون من القذف المبكر. تُحدد الأسئلة الموصى بها التشخيص واعتبارات العلاج المباشر، بينما تُجمع الأسئلة الاختيارية تفاصيل تطبيق العلاج. وأخيراً توصي اللجنة بأن يقوم أخصائيو الرعاية الصحية بجمع القصة المرضية والنفسية الاجتماعية.

الجدول (2): الأسئلة الموصى بها والاختيارية لوضع تشخيص القذف المبكر وتوجيه العلاج:	
الأسئلة الموصى بها:	
• **ما هي المدة بين الإيلاج وحدوث القذف؟** • **هل يمكنك تأخير القذف؟** • **هل تشعر بالانزعاج و/أو الإحباط من PE؟**	
الأسئلة الاختيارية:	
التمييز بين PE البدئي والمكتسب	• ما هي أول مرة عانيت بها من PE؟ • هل عانيت من PE من أول تجربة جنسية ومن ثم بشكل دائم أو دائم تقريباً مع كل شريك جنسي؟
تقييم الوظيفة الانتصابية	• هل لديك صعوبة في الحفاظ على الانتصاب حتى حدوث القذف خلال الجماع؟ • هل تتعجل في ممارسة الجماع لمنع خسارة الانتصاب؟
تقييم التأثير على العلاقة	• ما مدى استياء شريكك من PE الموجود لديك؟ • هل يتجنب شريك الجنسي الجماع؟ • هل أثر PE على العلاقة الكلية بينكما؟
العلاجات السابقة	• هل تلقيت أي علاجات سابقة لـPE؟
التأثير على جودة الحياة	• هل تتجنب القيام بنشاط جنسي بسبب الإحراج؟ • هل تشعر بالقلق، الاكتئاب، أو الإحراج بسبب PE؟

يجب أن يشكل تعريف ISSM لـPE أساس تشخيص PE. يفشل عدد كبير من الرجال الذين أبلغوا عن PE ذاتياً في تلبية معايير تعريف ISSM لـPE. يوازي هذا التفاوت الكبير بين معدل الإصابة المبلغ عنه ذاتياً لـPE

في الدراسات الوبائية والذي اقترحته دراسات IELT المعيارية القائمة على المجتمع. تم تصنيف هذه الفئة مؤخراً على أنها تعاني من PE متغير أو PE ذاتي. يشكو الرجال الذين لديهم PE ذاتي من قذف مبكر ولكن لديهم تأخير قذف طبيعي عادةً ما يكون من 2 إلى 6 دقائق ولكن في بعض الحالات يصل إلى 25 دقيقة.

يجب استخدام التقدير الذاتي للمريض والشريك لتأخر القذف لتحديد IELT في الممارسة السريرية. تُستخدم مقاييس ساعة التوقيت لـIELT على نطاق واسع في التجارب السريرية والدراسات الرصدية لـPE ولكن لم يُوصى باستخدامها في المحاكمة السريرية الروتينية لـPE. على الرغم من الميزة المحتملة للقياس الموضوعي، فإن مقاييس ساعة التوقيت لها عيب كونها تدخلية وربما تعطل المتعة الجنسية أو العفوية. في الآونة الأخيرة، أشارت الدراسات إلى أن الإبلاغ الذاتي للمريض أو الشريك عن تأخر القذف يرتبط بشكل جيد نسبياً بتأخر القياس الموضوعي وقد يكون مفيداً كمقياس بديل لـIELT. نظراً لأن الإبلاغ الذاتي للمريض هو العامل الحاسم في طلب العلاج والرضا، فمن المستحسن قبول التقدير الذاتي للمريض والشريك لتأخر القذف كطريقة لتحديد IELT في الممارسة السريرية. [20]

6.3 التدبير:

هناك العديد من العلاجات النفسية الجنسية والدوائية لـPE. يُعالج الرجال المصابون بـPE–L بشكل أفضل بالعلاج الدوائي لوحده أو مع مستويات متدرجة من العلاج النفسي الجنسي للمريض والشريك. يجب أن يتلقى الرجال المصابون بـAPE علاجاً خاصاً بالسبب (مثل الاستشارة النفسية الجنسية أو العلاج الدوائي لضعف الانتصاب) سواءً بمفرده أو مع العلاج الدوائي لـPE. يجب علاج الرجال الذين يعانون من PE المتغير أو سوء وظيفة الانتصاب الشبيه بـPE في المقام الأول من خلال التثقيف النفسي الجنسي والعلاج النفسي المتدرج للمريض والزوج. يجب على الأطباء إدراك العلاقة بين PE وضعف الانتصاب المصاحب، والمتلازمة

الاستقلابية، ونمط الحياة الخامل، واستهلاك الكحول، ومشعر كتلة الجسم، ونصح المرضى بممارسة المزيد من التمارين الرياضية وتحسين نمط حياتهم بشكل عام. [30]

1.6.3 العلاج النفسي الجنسي Psychosexual Therapy:

ينبغي لجميع الرجال الذين يسعون لعلاج القذف المبكر أن يتلقوا تثقيفاً جنسياً أساسياً أو تدريباً. قد يشمل ذلك تقديم معلومات حول انتشار القذف المبكر بين عامة السكان ومتوسط نطاق IELT لتبديد الخرافات حول القذف المبكر، ومعلومات حول الأنشطة الجنسية الممتعة لتوسيع نطاق القدرات الجنسية للرجل وشريكته، بالإضافة إلى استراتيجيات لمعالجة تجنب النشاط الجنسي أو عدم الرغبة في مناقشة الجنس مع شريكته. صُممت هذه الاستراتيجيات التعليمية لمنح الرجل الثقة لتجربة التدخل الطبي، وتقليل قلق الأداء، وتعديل سلوكه الجنسي غير التكيفي. ينبغي تقديم مستويات متدرجة من الاستشارة والتوجيه للمرضى والأزواج، و/أو علاج العلاقات، إما بمفرده أو، ويفضل، مع العلاج الدوائي للقذف المبكر، كخيار علاجي لمعظم الرجال المصابين بالقذف المبكر. حيث يفرض القذف المبكر عبئاً نفسياً كبيراً على الرجل وشريكته. [31,29]

يُظهر الرجال المصابون بـPE آثاراً سلبية أخرى، بما في ذلك تأثير سلبي عام مرتبط بالمواقف الجنسية، ومشاعر أكثر حدة من الإحراج/الذنب، والقلق/التوتر، والخوف من الفشل. يُشير المصابون إلى انخفاض الثقة بالنفس، وزيادة الضيق، وصعوبة التعامل مع الآخرين، وانشغال ذهني بحالتهم. ونظراً لأن رضا الشريك قد يلعب دوراً أكبر في PE مقارنة بضعف الانتصاب، فليس من المستغرب أن يُذكر اختلال العلاقة باعتباره ثاني أكثر الآثار السلبية شيوعاً لـPE. لا يرتبط PE بالخلافات الزوجية فحسب، بل إن انعدام الاطمئنان لدى الرجال المصابين بـPE بشأن إرضاء الشريك يُمثل أيضاً عقبة أمام بدء علاقات جديدة والحفاظ عليها. [32]

حتى وقت قريب، اقتصرت خيارات العلاج على الإجراءات السلوكية والنفسية. وكثيراً ما ارتبطت عوامل نفسية، كالقلق والتأثير السلبي، باختلالات جنسية، مثل القذف المبكر، ومثّل العلاج الذين يتناول هذه المشكلات نهجاً

منطقياً. وقد حققت الاستراتيجيات النفسية السلوكية لعلاج القذف المبكر نجاحاً متوسطاً على الأقل في تخفيف هذا الاختلال على المدى القصير.

صُممت التدخلات النفسية لتحقيق أكثر من مجرد زيادة مستوى IELT. تُركز العوامل المُستهدفة على الرجل وشريكته وعلاقتهما. تُحسن التدخلات النفسية والسلوكية التحكم في القذف من خلال مساعدة الرجال/الأزواج على:

- تعلم تقنيات للتحكم في القذف أو تأخيره.
- اكتساب الثقة في أدائهم الجنسي
- تخفيف قلق الأداء
- تعديل عاداتهم الجنسية الجامدة
- التغلب على عوائق العلاقة الحميمة
- حل المشكلات الشخصية التي تُسبب الخلل وتبقيه
- زيادة التواصل
- التصالح مع المشاعر/الأفكار التي تؤثر على الوظيفة الجنسية

غالباً ما يُمثل العلاج النفسي المتبع حالياً لاضطراب القذف المبكر دمجاً بين الأساليب السلوكية (مثل أساليب البدء والتوقف، والتوقف المؤقت والضغط المعروفة) والأساليب المعرفية ضمن نموذج علاج نفسي قصير المدى. وتتمثل المبادئ التوجيهية للعلاج في تعلم التحكم في القذف مع فهم معنى الأعراض والسياق الذي يحدث فيه.

على الرغم من أن العلاجات الدوائية الجديدة، والتي غالباً ما تكون أكثر فعالية، تطغى على الأساليب النفسية السلوكية التقليدية في علاج القذف المبكر، إلا أن النهج السلوكي يظل خياراً جذاباً لعدة أسباب. فالعلاج مخصص للمشكلة، وهو غير ضار ولا مؤلم، وأقل اعتماداً على القصة المرضية للرجل، ويُنتج آثاراً جانبية ضئيلة أو معدومة، ويشجع على التواصل المفتوح حول الحياة الجنسية بين الزوجين، مما يُرجح أن يؤدي إلى

علاقة جنسية أكثر إرضاءً. بمجرد تعلم هذه التقنيات ودمجها في الممارسة الجنسية، يظل الرجال المصابون بالقذف المبكر قادرين على الوصول إلى استراتيجيات تساعدهم على التحكم في القذف.

في الوقت نفسه، ثمة عيوب في النهج النفسي السلوكي: فهو يستغرق وقتاً طويلاً، ويتطلب غالباً موارد كبيرة من الوقت والمال، ويفتقر إلى السرعة، ويتطلب تعاون الشريك، وفعاليته متفاوتة (وأقل توثيقاً). علاوةً على ذلك، لا تتوفر بيانات تدعم فعاليته على المدى الطويل.

قد يكون الجمع بين النهج الدوائي والنفسي مفيداً بشكل خاص للرجال الذين يعانون من PE المكتسب، حيث يوجد مسبب نفسي اجتماعي واضح، أو ما يُعرف بـL–PE، حيث من المرجح أن تؤثر استجابات الفرد أو الزوجين لـPE على العلاج الدوائي ونجاحه في نهاية المطاف. وبالمثل، بالنسبة للرجال الذين يعانون من PE وضعف الانتصاب المصاحب، قد يكون العلاج المركب مفيداً أيضاً في تدبير الجوانب النفسية والاجتماعية لهذه الاختلالات الجنسية. بمجرد تحسن ثقة الرجل بنفسه وشعوره بالسيطرة، قد يكون من الممكن تقليل التدخل الدوائي أو إيقافه. [33]

2.6.3 التدبير الدوائي Pharmacologic Treatment:

استُخدمت عدة أشكال من العلاج الدوائي في علاج القذف المبكر. تشمل هذه الأشكال استخدام التخدير الموضعي، مثبطات عود قبط السيروتونين الانتقائية (SSRIs)، ترامادول، مثبطات فوسفوديستيراز–5 (PDE5Is)، وحاصرات ألفا الأدرينالية. يُعد استخدام التخدير الموضعي مثل الليدوكائين Lidocaine، والبريلوكائين Prilocaine، والبنزوكائين Benzocaine، بمفرده أو بالاشتراك مع أدوية أخرى، لتقليل حساسية حشفة القضيب أقدم علاج دوائي معروف للقذف المبكر. وقد أحدث إدخال SSRIs، مثل باروكستين Paroxetine، سيرترالين Sertraline، فلوكستين Fluoxetine، سيتالوبرام Citalopram، ومضاد الاكتئاب ثلاثي الحلقة (TCA) كلوميبرامين Clomipramine، ثورة في علاج القذف المبكر. تعمل هذه الأدوية على منع

عود قبط السيروتونين من الشق المشبكي للخلايا العصبية السيروتونينية المركزية بواسطة ناقلات 5-HT، مما يؤدي إلى تعزيز انتقال 5-HT العصبي، وتحفيز مستقبلات 5-HT على الغشاء ما بعد المشبك. [34]

1.2.6.3 مثبطات عود قبط السيروتونين الانتقائية ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة:

يمكن علاج PE باستخدام SSRIs عند الطلب مثل دابوكستين Dapoxeitne أو كلوميبرامين Clomipramine، أو باروكستين Paroxetine، أو سيرترالين Sertraline، أو فلوكستين Fluoxetine، أو بجرعة يومية من باروكستين أو كلوميبرامين أو سيرترالين أو فلوكستين أو سيتالوبرام.

دابوكستين Dapoxetine:

حصل دابوكستين على موافقة لعلاج PE في أكثر من 50 دولة حول العالم، لكن لم يحصل عليها من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA). وهو مثبط عود قبط السيرتونين الانتقائي سريع المفعول وقصير العمر النصفي، وله خصائص حركية دوائية تدعم دوره كعلاج عند الحاجة للقذف المبكر. لم تُسجل أي تفاعلات دوائية مرتبطة بالدابوكستين، بما في ذلك مثبطات فوسفوديستيراز. في التجارب السريرية العشوائية، كان تناول 30 أو 60 ملغ من دابوكستين قبل ساعة إلى ساعتين من الجماع أكثر فعالية من الدواء الوهمي من الجرعة الأولى، مما أدى إلى زيادة في فعالية القذف المبكر بمقدار 2.5 و3.0 أضعاف، وزيادة التحكم في القذف، وتقليل الضيق، وزيادة الرضا.

كان دابوكستين فعالاً بشكل مماثل لدى الرجال المصابين بـL-PE وA-PE، وكان فعالاً وجيد التحمل لدى الرجال المصابين بـPE وضعف الانتصاب المصاحب الذين عولجوا بأدوية PDE5I. كانت التأثيرات الجانبية المرتبطة بالعلاج نادرة وتعتمد على الجرعة، وشملت الغثيان والإسهال والصداع والدوار، وكانت مسؤولة عن إيقاف الدراسة لدى 4% (30 ملغ) و10% (60 ملغ) من المشاركين في دراسة McMahon. [15]وقد تم الإبلاغ عن انخفاض معدل حدوث التأثيرات الجانبية المرتبطة بالعلاج مع دابوكستين عند الطلب مقارنةً بجرعات يومية من SSRIs. لم يُلاحظ أي مؤشر على زيادة خطر الأفكار الانتحارية أو محاولات الانتحار، ومؤشر ضئيل

على أعراض السحب مع التوقف المفاجئ عن دابوكستين. مع ذلك، تشير تجربة ما بعد التسويق إلى أن معدل التوقف عن استخدام دابوكستين كان مرتفعاً (87% بعد 12 شهراً)، ويُعزى ذلك أساساً إلى التكلفة وغياب العفوية المرتبطة بالإعطاء عند الطلب. أفاد Jiann وآخرون أن 45% من الرجال كانوا راضين عن استجابتهم لدابوكستين (30 ملغ) وأن مستوى الرضا كان وثيق الصلة باستجابة العلاج. [35]

<u>مثبطات عود قبط السيروتونين الانتقائية ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (غير المصرحة عنها):</u>

عادةً ما يكون العلاج اليومي بجرعات غير مُرخصة من باروكستين (10 إلى 40 ملغ)، وكلوميبرامين (12.5 إلى 50 ملغ)، وسيرترالين (50 إلى 200 ملغ)، وفلوكستين (20 إلى 40 ملغ)، وسيتالوبرام (20 إلى 40 ملغ) فعالاً في تأخير القذف. يشير تحليل تلوي للبيانات المنشورة إلى أن باروكستين يُحدث أقوى تأخير للقذف، حيث يزيد من IELT بنحو 8.8 أضعاف عن خط الأساس. يحدث تأخير القذف عادةً في غضون 5 إلى 10 أيام من بدء العلاج، ولكن قد يتطلب التأثير العلاجي الكامل من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع من العلاج، وعادةً ما يستمر طوال فترة الاستخدام. عادةً ما تكون التأثيرات الجانبية طفيفة، وتبدأ في الأسبوع الأول من العلاج، وقد تختفي تدريجياً خلال أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. وتشمل هذه الآثار التعب، التثاؤب، الغثيان الخفيف، الإسهال، والتعرق. وتشير بعض التقارير إلى أن انخفاض الرغبة الجنسية وضعف الانتصاب أقل شيوعاً لدى الرجال غير المصابين بالاكتئاب الذين يعالجون بـSSRIs مقارنةً بالرجال المصابين بالاكتئاب الذين يُعالجون بها. تشمل التأثيرات الجانبية العصبية الإدراكية هياجاً وهوساً لدى عدد قليل من المرضى، ويجب تجنب العلاج بـSSRIs لدى الرجال الذين لديهم قصة اكتئاب ثنائي القطب. [36]

يؤدي إطلاق السيروتونين في الصفيحات الدموية دوراً هاماً في إيقاف النزيف، وقد ترتبط SSRIs، وخاصة مع الاستخدام المتزامن للأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، بزيادة خطر النزيف الهضمي العلوي. يُعد القسوح من الآثار الجانبية النادرة لـSSRIs، ويتطلب علاجً طبياً عاجلاً. قد يرتبط الاستخدام طويل الأمد لـSSRIs بزيادة الوزن وزيادة خطر الإصابة بالداء السكري من النوع الثاني. لدى الرجال ذوي معايير السائل المنوية الطبيعية، أُبلغ عن أن الباروكستين يُسبب تجزؤاً غير طبيعي في DNA الحيوانات المنوية لدى نسبة

كبيرة من الأشخاص، دون تأثير يُذكر على معايير السائل المنوي. قد تتأثر الخصوبة المحتلمة لعدد كبير من الرجال الذين يتناولون الباروكستين سلباً بهذه التغيرات في DNA الحيوانات المنوية. [37]

يُعد إعطاء الكلوميبرامين، والباروكستين، والسيرترالين، والفلوكستين عند الطلب، قبل الجماع بثلاث إلى ست ساعات، فعالاً وجيد التحمل، ولكنه يرتبط بتأخير أقل بكثير في القذف مقارنةً بالعلاج اليومي في معظم الدراسات.

يجب أن يستند قرار علاج القذف المبكر إما بجرعة دابوكستين عند الطلب أو جرعة يومية من SSRIs غير المصرح بها إلى تقييم الطبيب المعالج لاحتياجات المريض الفردية. على الرغم من أن العديد من الرجال المصابين بالقذف المبكر والذين يمارسون الجماع بشكل غير منتظم قد يفضلون العلاج عند الطلب، إلا أن العديد من الرجال في العلاقات الراسخة قد يفضلون راحة الدواء اليومي.

2.2.6.3 المخدرات الموضعية Local Anesthetics:

يُعد استخدام مخدر موضعي، مثل الليدوكائين و/أو البريلوكائين على شكل كريم أو جل أو بخاخ، أمراً راسخاً وفعالاً إلى حد ما في تأخير القذف. تشير البيانات إلى أن تقليل حساسية الحشفة قد يُثبط القوس الانعكاسي الشوكي المسؤول عن القذف. قد يرتبط استخدام المخدرات الموضعية بانخفاض ملحوظ في حساسية القضيب واحتمالية الامتصاص عبر المهبل، مما يؤدي إلى تنميل مهبلي وفقدان النشوة لدى النساء مالم يُستخدم الواقي الذكري. PSD502 هو مزيج مركب من الليدوكائين والبريلوكائين، يُوزع على شكل بخاخ، مصمم لتحسين اختراق الأنسجة وبدء التأثير. يخترق الرذاذ الغشاء المخاطي لحشفة القضيب فقط، وبالتالي يُخدره، وليس الجلد المتقرن لجذع القضيب. أفاد Dinsmore وآخرون أن العلاج بـPSD502 الذي يوضع على القضيب قبل 5 دقائق على الأقل من الجماع، أدى إلى زيادة بمقدار 6.3 أضعاف في اختبار IELT وتحسنات مرتبطة به في مقاييس التحكم والرضا الجنسي. [38]

في عام 2014، حصل دواء PSD502 (Fortacin) على موافقة وكالة الأدوية الأوروبية لعلاج القذف المبكر في جميع أنحاء الاتحاد الأوروبي. حددت لجنة خبراء ISSM لعلاج القذف المبكر أدلة من المستوى 1a تدعم فعالية وسلامة التخدير الموضعي عند الطلب وغير المصرح به في علاج القذف المبكر مدى الحياة (البدئي). [39]

3.2.6.3 مثبطات PDE5:

لا يُنصح بتناول مثبطات PDE5 عند الطلب أو يومياً، خارج نطاق الوصفة الطبية، لعلاج L–PE لدى الرجال ذوي الوظيفة الانتصابية الطبيعية. يُنصح بالعلاج الدوائي لضعف الانتصاب أو مع العلاج الدوائي لـPE لعلاج L–PE أو A–PE لدى الرجال المصابين بضعف الانتصاب المصاحب. تعد مثبطات PDE5 (سيلدينافيل، تادالافيل، فاردينافيل) علاجات فعالة لضعف الانتصاب. وقد أفاد العديد من الباحثين بتجاربهم مع مثبطات PDE5 وحدها أو مع SSRIs كعلاج لـPE. إن الدور المفترض لمثبطات PDE5I كعلاج لـPE هو دور تخميني ويعتمد فقط على دور نظام نقل NO/cGMP كوسيط مركزي ومحيطي لنقل الإشارات العصبية النيتروجينية غير الأدرينالية غير الكولينية المثبطة في الجهاز البولي التناسلي. على الرغم من أن المراجعات المنهجية التي أجريت على دور PDE5Is في PE لم تقدم أدلة تجريبية قوية تدعم دور PDE5Is في علاج PE باستثناء الرجال المصابين بـPE وضعف الانتصاب المصاحب، إلا أن الدراسات الحديثة المصممة جيداً تدعم الدور المحتمل لهذه العوامل، ما يشير إلى الحاجة إلى مزيد من الأبحاث القائمة على الأدلة. [40]

في دراسة مُحكمة أجريت على 42 رجلاً مصاباً بـL–PE، وزعوا عشوائياً لتلقي فاردينافيل عند الطلب أو دواءً وهمياً، أفاد Aversa وآخرون بزيادة قدرها 7.5 ضعفاً في متوسط IELT بعد العلاج بالفاردينافيل (4.5 ± 1.1 دقيقة مقابل 0.6 ± 0.3 دقيقة مع الدواء الوهمي، $P < 0.01$) وتحسنات ملحوظة في مجالات IPE وهي:

التحكم في القذف، الثقة، والرضا الجنسي العام، والضيق. تُشير هذه الدراسة إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات المحكمة لدور مثبطات PDE5I. [41]

علاوةً على ذلك، وجد تحليل تلوي حديث لتجارب عشوائية محكومة فقط أدلة تشير إلى أن مثبطات PDE5I فعالة مقارنةً بالعلاج الوهمي وأن مثبطات PDE5 مجتمعة مع SSRIs أكثر فعالية من SSRIs وحدها. حددت لجنة خبراء ISSM لعلاج القذف المبكر بعض الأدلة التي تدعم فعالية وسلامة إعطاء مثبطات PDE5 عند الطلب أو جرعات يومية خارج نطاق الوصفة الطبية في علاج القذف المبكر لدى الرجال ذوي الوظيفة الانتصابية الطبيعية. ومع ذلك، لا يُنصح بإعطاء مثبطات PDE5 عند الطلب أو كجرعات يومية لعلاج القذف المبكر لدى الرجال ذوي الوظيفة الانتصابية الطبيعية. يُوصى بالعلاج الدوائي لضعف الانتصاب بمفرده أو بالاشتراك مع العلاج الدوائي لـPE لدى الرجال المصابين بـPE–L مع ضعف انتصاب مصاحب. [42]

4.2.6.3 الترامادول Tramadol:

مسكن أفيوني اصطناعي مركزي المفعول، ذو آلية عمل غير واضحة، ويُعتقد أنه يشمل ارتباط المستقلب الرئيسي ومستقلب M1 بمستقبلات μ–الأفيونية، وتثبيطاً ضعيفاً لإعادة قبط حمض غاما أمينوبوتيريك (GABA) والنورإبينفرين والسيروتونين. يتميز المستقلب الرئيسي M1، بألفة أكبر بمقدار 200 ضعف لمستقبلات μ–الأفيونية، وهو ما يُفسر على الأرجح التأثيرات المسكنة المُحققة. [43]

أُبلغ مؤخراً عن فعالية الترامادول المُعطى عند الطلب في علاج PE. على الرغم من عدم وصف آلية العمل بشكل كامل، إلا أن فعالية الترامادول قد تكون ثانوية لتأثيراته المضادة للألم والمخدرة، بالإضافة إلى تأثيره على الجهاز العصبي المركزي من خلال تثبيط عود قبط السيروتونين والنورأدرينالين. معظم الدراسات هي تجارب مفتوحة سيئة التصميم ذات نطاق واسع من الفعالية. أظهرت الدراسة الوحيدة مزدوجة التعمية والمصممة جيداً

تفوقاً على الدواء الوهمي، مع زيادة متوسطة في اختبار IELT بمقدار 2.49، وهو ما يتوافق مع ضعف نشاط ترامادول كمثبط لعود قبط السيروتونين. [44]

أفاد تحليل تلوي حديث لإحدى عشر دراسة مُحكمة حول الترامادول أُجريت على أكثر من ألف مريض، أن التأثيرات الجانبية الأكثر شيوعاً كانت الغثيان والإقياء، الدوار، النعاس، التعب، والصداع، وأن حوالي 20% من المرضى الذين تناولوا الترامادول عانوا من تأثيرات جانبية غير خطيرة. وقد أُبلغ عن متلازمة السيروتونين كأثر جانبي للترامادول لوحده أو مع SSRIs. [45] أُجريت أربعة تحليلات تلوية للترامادول، نُشرت فيها بيانات التجارب السريرية، وخلصت جميعها إلى فعالية الترامادول في PE، لكنها تشير إلى ضرورة تفسير هذه النتائج بحذر، نظراً لمستويات التباين الملحوظة بين التجارب وجودة التقارير المُقدمة للأدلة المتاحة. ورغم عدم تقييم احتمالية الإدمان أو إساءة الاستخدام لدى الرجال المصابين بـPE، إلا أن الخطر يعتبر منخفضاً استناداً إلى استخدام جرعات منخفضة متقطعة وتجربة فئات أخرى من المرضى. يتم الترويج للترامادول باعتباره أقل عرضة لخطر الاعتماد مقارنةً بالمواد الأفيونية التقليدية بسبب عمر النصف الطويل نسبياً وبالتالي النشاط المحفز المتأخر للترامادول (6 ساعات) ومستقلب M1 (9 ساعات)، وتأثيراته في عود قبط النورأدرينالين. [42,46–48]

5.2.6.3 العلاج اليومي باستخدام حاصرات مستقبلات ألفا–1 الأدرينالية:

تُستخدم مضادات مستقبلات ألفا–1 الأدرينالية على نطاق واسع في علاج أعراض المسالك البولية السفلية (LUTS) المرتبطة بضخامة البروستات الحميدة أو بدونها، ولكنها تسبب بعض التأثيرات السلبية، بما في ذلك هبوط ضغط الدم الانتصابي وEjD. قد ينطوي القذف غير الطبيعي الناتج عن مضادات مستقبلات ألفا–1 على آليتين: الأولى، قد يؤدي تثبيط تعبير مستقبلات ألفا–1 في عنق المثانة والبروستات والإحليل، إلى استرخاء هذه الأعضاء، مما يؤدي إلى القذف الراجع (RE)، الثانية، تثبط مضادات مستقبلات ألفا–1 انبعاث السائل المنوي، مما يؤدي إلى قذف غير طبيعي. [49]

أفاد العديد من الباحثين بتجاربهم مع حاصرات ألفا-1 الأدرينالية الانتقائية، وهي ألفوزوسين وتيرازوسين وسيلودوسين، في علاج القذف المبكر. في دراسة مزدوجة التعمية مضبوطة بالدواء الوهمي، أفاد Cavallini أن ألفوزوسين (6 ملغ/يوم) وتيرازوسين (5 ملغ/يوم) كانا فعالين في تأخير القذف في حوالي 50% من الحالات. وبالمثل أفاد Basar أن تيرازوسين كان فعالاً لدى 67% من الرجال. ومع ذلك، كانت الدراستان محدودتين باستخدام نقاط النهاية الذاتية للدراسة حول انطباع المريض عن التغيير والرضا الجنسي، ولم يتم تقييم اختبار IELT. [50]

6.2.6.3 حقن الأدوية الفعالة وعائياً داخل الأجسام الكهفية:

تم الإبلاغ عن العلاج بالحقن الذاتي داخل الأجسام الكهفية لمرضى القذف المبكر، ولكنه لا يزال يفتقر إلى أي دليل علمي يدعم فعاليته أو سلامته. في إحدى الدراسات، التي شملت 8 مرضى مصابين بالقذف المبكر، تم حقن مزيج من فينتولامين (1 ملغ/مل) وهيدروكلوريد بابافيرين (30 ملغ/مل)، وأعرب جميع المرضى عن رضاهم عن نتائج هذا العلاج، ولكن لم يتم قياس تأخير القذف بشكل موضوعي. [51]

الجدول (3) العلاجات الدوائية للقذف المبكر:

الدواء	الجرعة	تعليمات الجرعة	الاستطباب	تعليق
دابوكستين	30–60 ملغ	عند الطلب، 1–3 ساعات قبل الجماع	PE البدئي PE المكتسب	حاصل على الموافقة في > 50 دولة
باروكستين	10–40 ملغ	مرة يومياً	PE البدئي PE المكتسب	
سيرترالين	50–200 ملغ	مرة يومياً	PE البدئي PE المكتسب	
فلوكستين	20–40 ملغ	مرة يومياً	PE البدئي PE المكتسب	
سيتالوبرام	20–40 ملغ	مرة يومياً	PE البدئي PE المكتسب	

كلوميبرامين	µg 50–12.5	مرة يومياً	PE البدئي PE المكتسب	
	µg 50–12.5	عند الطلب، 3–4 ساعات قبل الجماع	PE البدئي PE المكتسب	
ترامادول	50–25 ملغ	عند الطلب، 3–4 ساعات قبل الجماع	PE البدئي PE المكتسب	خطر محتمل للإدمان على الأفيونات
ليدوكائين/بريلوكائين موضعي	حسب معايرة المريض	عند الطلب، 30–20 دقيقة قبل الجماع	PE البدئي PE المكتسب	
ألبروستاديل	mcg 20–5	حقن ذاتي ضمن الأجسام الكهفية قبل 5 دقائق من الجماع	PE البدئي PE المكتسب	خطر القسوح وتليف الأجسام الكهفية
مثبطات PDE5	سيلدينافيل 25–100 ملغ	عند الطلب، 30–50 دقيقة قبل الجماع	PE البدئي والمكتسب لدى الرجال مع وظيفة انتصابية طبيعية	تحسن الفعالية بالمشاركة مع SSRIs؟
	تادالافيل 10–20 ملغ			
	فاردينافيل 10–20 ملغ		PE البدئي والمكتسب لدى الرجال مع ضعف انتصاب	
	أفانافيل 50–200 ملغ			

7.2.6.3 الذيفان الوشيقي Botulinum-A Toxin:

هو بروتين وسُم عصبي تنتجه بكتيريا المطثيات الوشيقية. وهو حاصر انتقائي لإطلاق الأستيل كولين من النهايات العصبية، مما يمنع انتقال النبضات العصبية عند حقنه في العضلات. استُخدم هذا الدواء على نطاق واسع كعلاج تجميلي مضاد للشيخوخة لمنع ظهور التجاعيد عن طريق شل عضلات الوجه، وكعلاج طبي لمجموعة متنوعة من الحالات، بما في ذلك الحول، وفرط نشاط المثانة، وخلل التآزر المثاني المعصري، ومؤخراً

ألم البروستات المزمن. أثبتت التجارب العالمية أن هذا العامل العلاجي آمن وفعال لمثل هذه الحالات. افترض Serefolgu أن التقلصات الإيقاعية لعضلات البصلية الإسفنجية والإسكية الكهفية خلال مرحلة القذف يمكن تثبيطها بحقن ذيفات البوتولينوم–A. وقد أثبت لاحقاً أن الحقن عبر الجلد لـ0.5 أو 1 وحدة من الذيفان في العضلة الإسفنجية البصلية على كلا الجانبين أدى إلى زيادة كبيرة في زمن القذف لدى الفئران الذكور (0.5 وحدة: 314.6 ± 193.1 إلى 507.6 ± 277.8 ثانية – P= 0.021، 1.0 وحدة: 264.4 ± 129.1 إلى 598.2 ± 352.5 ثانية – P= 0.008) بطريقة تعتمد على الجرعة مقارنةً بزمن القذف قبل العلاج دون التأثير على قدرتهم على تحقيق القذف. [52]

مُنحت براءات اختراع لحقن موضعي بجرعتين (25 و50 وحدة) من ذيفان البوتولينوم–A في القضيب، اللجام، القلفة أو حشفة القضيب لعلاج القذف المبكر، دون أي دعم بحثي أساسي أو سريري. ومع ذلك، يُحتمل أن ينتشر الذيفان المُحقن في القضيب فوراً في الدوران الجهازي، مما يحد من تأثيره الموضعي. وبالمثل، فإن حقن الذيفان في القلفة أو اللجام لن يكون له تأثير يُذكر على تأخير القذف، لأن الذيفان لا يظهر أي تأثير تخديري موضعي. [53]

8.2.6.3 الوخز بالإبر Acupuncture:

قارنت دراسة سريرية عشوائية مضبوطة بدواء وهمي فعالية الوخز بالإبر (مرتين أسبوعياً) مع باروكستين (20 ملغ/يوم) ودواء وهمي في علاج القذف المبكر. شمل الباحثون 90 مريضاً مصاباً بالقذف المبكر، وأثبتوا أن الوخز بالإبر كان له تأثير أقوى بكثير في تأخير القذف من الدواء الوهمي (65.7 ثانية مقابل 33.1 ثانية)، على الرغم من أنه كان أقل فعالية من الباروكستين اليومي (82.7 ثانية) (P= 0.001). [54]

9.2.6.3 بضع العصب الجراحي Surgical Neurotomy، الاجتثاث بالتبريد Cryoablation، والتعديل العصبي Neuromodulation لعصب ظهر القضيب Dorsal Penile Nerve:

لا يُنصح ببضع العصب الظهري للقضيب الانتقائي أو تضخيم حشفة القضيب باستخدام جل حمض الهيالورونيك لعلاج القذف المبكر. قد ترتبط الجراحة بفقدان دائم للوظيفة الجنسية، وهي ممنوعة في علاج القذف المبكر. [55]

الجزء الثاني – الدراسة العملية

1. هدف البحث:

إن هدف هذا البحث هو دراسة فعالية استخدام الدابوكستين أو الليدوكائين الموضعي في تدبير القذف المبكر، ودراسة الفروق بينهما من حيث الفعالية ورضا الشريكين.

2. مناهج البحث وأدواته:

1.2 مكان وتاريخ الدراسة: عيادة الجراحة البولية في مشفيي جامعة دمشق (المواساة الجامعي، الوطني الجامعي) في الفترة الممتدة ما بين 2024/2 وحتى 2025/4

2.2 تصميم الدراسة: دراسة حشدية تقدمية (Prospective cohort study)، تم فيها توزيع المرضى عشوائياً لمجموعتين للعلاج، تشمل الدراسة المرضى المشخص لديهم PE ممن لديهم قيمة PEDT تبلغ 9 فما فوق، حيث تم بداية تدوين بيانات ومعلومات المرضى ومن ثم متابعتهم بعد التداخل الدوائي المتخذ لمدة 12 أسبوع من خلال حساب PEDT و IELT ودراسة التأثيرات الجانبية للأدوية المستخدمة.

3.2 مجموعة الدراسة: تشمل مرضى PE ممن لديهم قيمة PEDT تبلغ 9 فما فوق والذين راجعوا عيادة الجراحة البولية في مشفيي جامعة دمشق (المواساة الجامعي – الوطني الجامعي) والذين تمكنا من متابعتهم لمدة 12 أسبوع خلال الفترة الممتدة من 2024/2 حتى 2025/4.

4.2 معايير الاستبعاد من الدراسة: تم استثناء المرضى:

- المرضى الذين لم نتمكن من متابعة التواصل معهم بعد التداخل الدوائي.
- المرضى الذين لم يلتزموا بالعلاج الدوائي المقترح.
- وجود مضاد استطباب لأي من الأدوية المستخدمة.

5.2 طريقة الدراسة:

- تمت الدراسة بشكل دراسة حشدية تقدمية عن طريق تدوين بيانات ومعلومات المرضى المُشخصين ثم متابعتهم من خلال زيارتهم للعيادات الخارجية التابعة للمشفى.
- تم ملء استبيان خاص لجمع أكبر عدد ممكن من البيانات وتحليلها ووضعها في جداول ومخططات بيانية تعكس الدراسة بشكل جيد ليتم بعدها مقارنة النتائج.
- تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين متساويتين، تتألف كل مجموعة من 60 مريض:
  - المجموعة الأولى: عولجت باستخدام دابوكستين بجرعة (30 ملغ/يوم).
  - المجموعة الثانية: عولجت باستخدام بخاخ ليدوكائين (10%) قبل ربع ساعة من الجماع
- ثم تمت متابعة التطور العلاجي للمرضى بعد أسبوع، وأربعة أسابيع، و12 أسبوع من العلاج، مع تسجيل القياسات التالية لكلا المجموعتين:
  - Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) أداة تشخيص القذف المبكر: مقياس يتألف من 5 أسئلة تشير الدرجة التي تفوق 11 إلى وجود PE، بينما الدرجة 9–10 حدية، 8 وأقل لا تشير لوجود PE.

Premature Ejaculation Diagnostic Tool					
	ليس صعباً	صعب بعض الأحيان	متوسط الصعوبة	صعب جداً	صعب للغاية
هل من الصعب عليك تأخير القذف؟	0	1	2	3	4
	أبداً (0%)	أقل من نصف الأحيان (25%)	حوالي نصف الأحيان (50%)	أكثر من نصف الأحيان (75%)	دائماً أو تقريباً دائماً (100%)
هل تقذف قبل أن ترغب بذلك؟	0	1	2	3	4
هل تقذف مع القليل جداً من التنبيه؟	0	1	2	3	4

	مطلقاً	طفيف	متوسط	جداً	بشكل شديد
هل تشعر بالإحباط لأنك تقذف قبل أن ترغب بذلك؟	0	1	2	3	4
ما مدى قلقك من أن الوقت الذي تقضيه في القذف يترك شريكك غير راضٍ؟	0	1	2	3	4

- Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT) فترة الكمون للقذف ضمن المهبل

3. النتائج:

شملت دراستنا 120 مريض، تم تصنيفهم لمجموعتين بالتساوي، استبعدنا 3 مرضى من مجموعة الدابوكستين، و4 مرضى في مجموعة الليدوكائين لعدم إمكانية متابعة التواصل معهم أو لعدم التزامهم ببروتوكول العلاج.

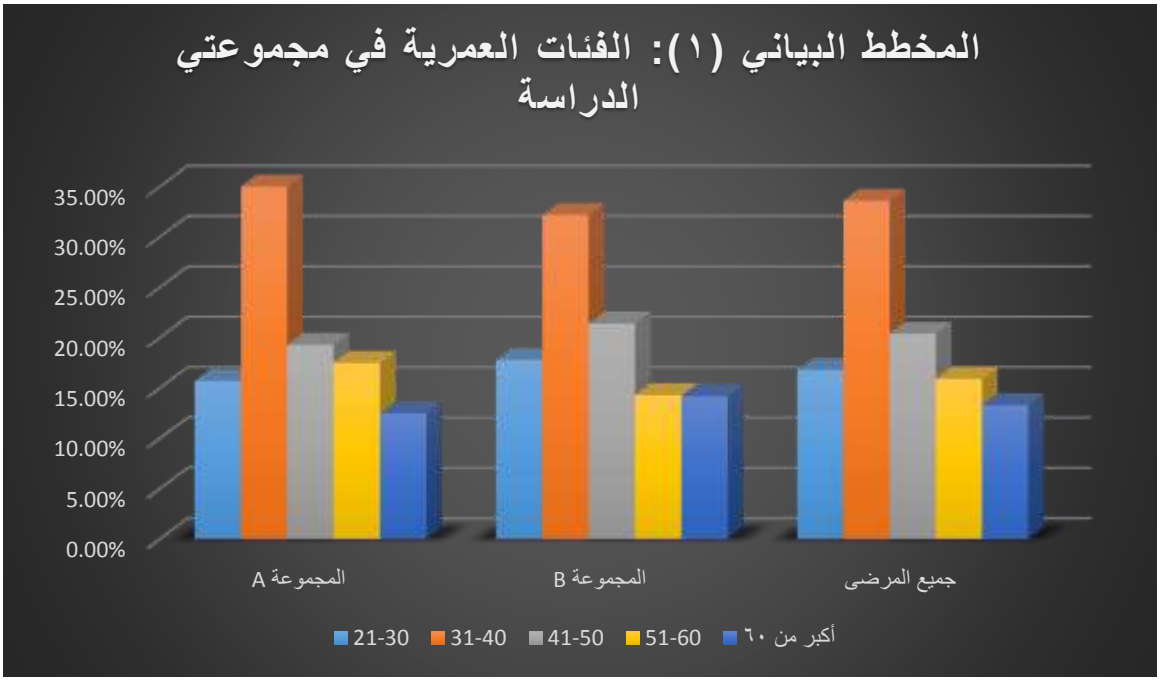
بالنهاية تضمنت الدراسة 113 مريض تم تصنيفهم حسب مجموعة العلاج إلى:

- **المجموعة A:** عولجت باستخدام دابوكستين بجرعة (30 ملغ) يومياً، وضمت 57 مريض.
- **المجموعة B:** عولجت باستخدام بخاخ ليدوكائين (10%) قبل ربع ساعة من الجماع وضمت 56 مريض.

1.3 الفئات العمرية للمرضى:

بلغ متوسط عمر المرضى في مجموعة الدابوكستين 34.8 ± 10.7 سنة مقابل 36.8 ± 12.6 سنة في مجموعة الليدوكائين، ولدى تقسيم المرضى في مجموعتي الدراسة إلى فئات عمرية، كانت أشيع فئة عمرية هي بين 31–40 سنة في كلا المجموعتين، بنسبة 35% في مجموعة الدابوكستين مقابل 32.2% في مجموعة الليدوكائين، دون أن يكون هناك فارق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة من حيث التوزع العمري (P= 0.41)

الجدول (4): الفئات العمرية في مجموعتي الدراسة:				
	المجموعة A	المجموعة B	P-value	جميع المرضى
30-21 سنة	(%15.7) 9	(%17.8) 10		(%16.8) 19
40-31 سنة	(%35) 20	(%32.2) 18		(%33.6) 38
50-41 سنة	(%19.3) 11	(%21.4) 12	0.41	(%20.4) 23
60-51 سنة	(%17.5) 10	(%14.3) 8		(%15.9) 18
> 60 سنة	(%12.5) 7	(%14.2) 8		(%13.3) 15
المجموع	57	56		113

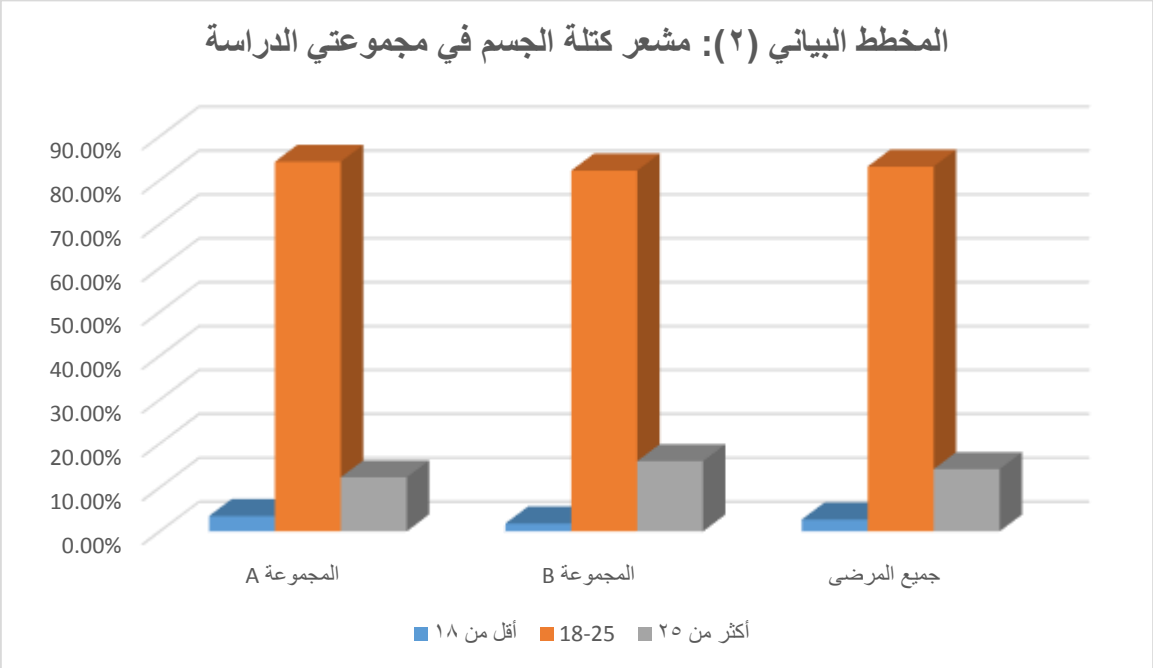


2.3 مُشعر كتلة الجسم:

بلغ متوسط BMI في مجموعة الدابوكستين 22.3 ± 3.1 كغ/م^2 مقابل 23.7 ± 2.8 كغ/م^2 في مجموعة الليدوكائين، ولدى تقسيم المرضى في مجموعتي الدراسة إلى فئات، كانت أشيع فئة هي بين 18-25 كغ/م^2 في

كلا المجموعتين، بنسبة 84.2% في مجموعة الدابوكستين مقابل 82.2% في مجموعة الليدوكائين، دون أن يكون هناك فارق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة من حيث BMI (P= 0.09)

الجدول (5): مشعر كتلة الجسم BMI في مجموعتي الدراسة:				
	المجموعة A	المجموعة B	P-value	جميع المرضى
18 >	(%3.5) 2	(%1.8) 1	0.09	(%2.7) 3
25-18	(%84.2) 48	(%82.2) 46		(%83.1) 94
25 <	(%12.3) 7	(%16) 9		(%14.2) 16
المجموع	57	56		113



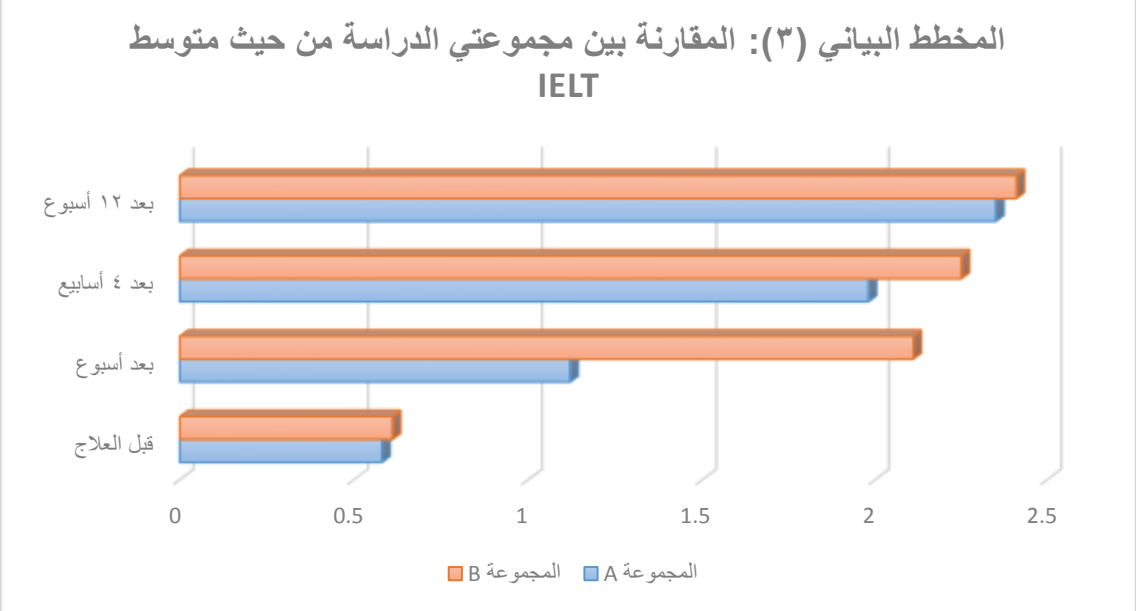
3.3 فترة الكمون للقذف ضمن المهبل IELT:

قبل البداية بالعلاج لم يكن هناك فارق إحصائي هام (P= 0.87) من حيث متوسط IELT بين المجموعتين، حيث بلغ متوسط IELT في مجموعة الدابوكستين 0.58 ± 0.28 دقيقة مقابل 0.61 ± 0.32 دقيقة في

مجموعة الليدوكائين. بينما بعد أسبوع من العلاج كان هناك تفوق واضح لمجموعة الليدوكائين من حيث زيادة متوسط IELT مع وجود فارق إحصائي هام (P= 0.001)، حيث بلغ متوسط IELT في مجموعة الدابوكستين 1.12 ± 0.57 دقيقة مقابل 2.11 ± 0.45 دقيقة في مجموعة الليدوكائين. كذلك بعد أربعة أسابيع، رغم وجود زيادة في متوسط IELT في مجموعة الدابوكستين إلا أن التفوق ظل واضحاً لصالح مجموعة الليدوكائين، مع وجود فارق إحصائي هام (P= 0.02). وفي نهاية فترة الدراسة (بعد 12 أسبوع) كانت الفعالية متكافئة بين المجموعتين دون وجود فارق إحصائي هام (P= 0.78)، حيث بلغ متوسط IELT في مجموعة الدابوكستين 2.35 ± 0.61 دقيقة مقابل 2.41 ± 0.51 دقيقة في مجموعة الليدوكائين.

الجدول (6): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث متوسط IELT قبل العلاج وبعده:

	المجموعة A	المجموعة B	P-value
قبل العلاج (د)	0.28 ± 0.58	0.32 ± 0.61	0.87
بعد أسبوع (د)	0.57 ± 1.12	0.45 ± 2.11	0.001
بعد 4 أسابيع (د)	0.49 ± 1.98	0.56 ± 2.25	0.02
بعد 12 أسبوع (د)	0.61 ± 2.35	0.51 ± 2.41	0.78



4.3 فترة الكمون للقذف ضمن المهبل IELT وعلاقته مع التوزع العمري:

لدى المقارنة بين التوزع العمري للمرضى ومتوسط IELT قبل العلاج الدوائي وبعده بـ12 أسبوع، لم يكن هناك فارق إحصائي بين المجموعتين سوى، لدى المرضى الذين تجاوزوا الـ60 من العمر حيث أبدى العلاج بالليدوكائين فعالية أفضل من الدابوكستين لدى هذه الفئة العمرية مع وجود دلالة إحصائية هامة (P= 0.04).

الجدول (7): العلاقة بين التوزع العمري للمرضى ومتوسط IELT قبل العلاج الدوائي وبعده:

	المجموعة A		المجموعة B		P-value
	قبل العلاج	بعد 12 أسبوع	قبل العلاج	بعد 12 أسبوع	
21-30 سنة	0.11 ± 0.41	0.72 ± 2.11	0.15 ± 0.43	0.83 ± 2.65	0.09
31-40 سنة	0.19 ± 0.63	0.88 ± 2.24	0.21 ± 0.58	0.92 ± 2.68	0.09
41-50 سنة	0.17 ± 0.52	0.81 ± 2.48	0.18 ± 0.49	0.78 ± 2.57	0.41
51-60 سنة	0.21 ± 0.51	0.75 ± 2.07	0.24 ± 0.54	0.71 ± 2.35	0.32
> 60 سنة	0.19 ± 0.49	0.45 ± 1.62	0.17 ± 0.44	0.65 ± 2.11	0.04

5.3 أداة تشخيص القذف المبكر PEDT:

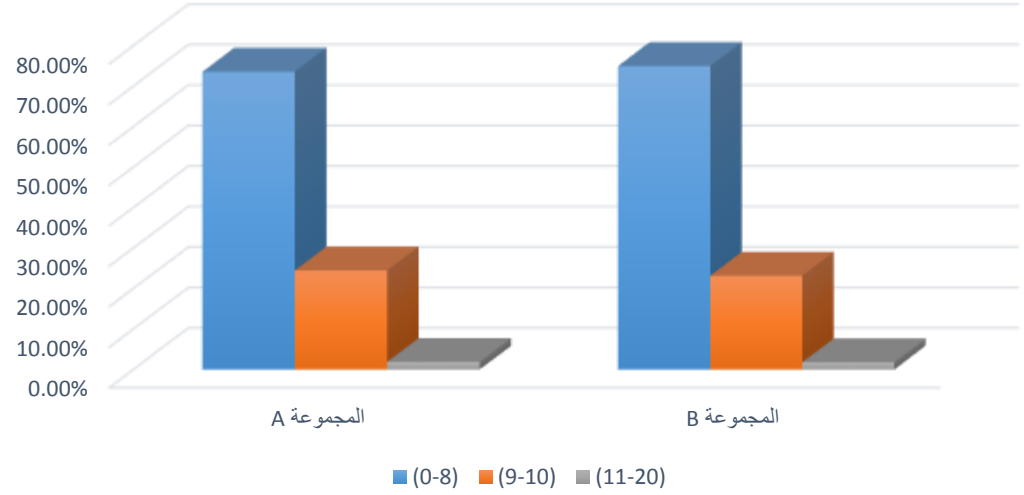
اشتملت دراستنا على المرضى ممن كانت لديهم/تجاوزت درجة PEDT لديهم (9) قبل العلاج الدوائي، دون وجود فارق في التصنيف الفئوي لدرجة PEDT قبل العلاج الدوائي بين مجموعتي الدراسة (P= 0.07).

كان العلاج ناجحاً لدى 73.6% من مرضى مجموعة الدابوكستين مقابل 75% من مرضى مجموعة الليدوكائين، بينما كان حدياً لدى 24.5% من مرضى مجموعة الدابوكستين مقابل 23.2% من مرضى مجموعة الليدوكائين، وأخيراً فشل العلاج لدى 1.9% من مرضى مجموعة الدابوكستين مقابل 1.8% من مرضى

مجموعة الليدوكائين حيث تجاوزت درجة PEDT لديهم (11 درجة) دون وجود فارق إحصائي هام بين المجموعتين (P= 0.69).

الجدول (8): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث درجة PEDT قبل العلاج وبعده:				
		المجموعة A	المجموعة B	P-value
قبل العلاج	10-9	(%15.7) 9	(%10.7) 6	0.07
	20-11	(%84.3) 48	(%89.3) 50	
بعد العلاج بـ12 أسبوع	8 >	(%73.6) 42	(%75) 42	0.69
	10-9	(%24.5) 14	(%23.2) 13	
	20-11	(%1.9) 1	(%1.8) 1	

المخطط البياني (٤): المقارنة بين مجموعتي الدراسة من حيث درجة PEDT بعد العلاج



6.3 التأثيرات الجانبية:

أشيع التأثيرات الجانبية الناجمة عن العلاج الدوائي بالدابوكستين كان الغثيان بنسبة 7%، تلاه الدوار والصداع والإسهال بنسبة 3.5% لكل منها، من ثم ألم الظهر والأرق بنسبة 1.8%، ولم تؤدِ أيٍ من هذه التأثيرات الجانبية لإيقاف العلاج الدوائي.

بينما لوحظ حدوث ضعف انتصاب لدى 20 مريض من مجموعة الليدوكائين بنسبة 35.7% من مرضى مجموعة الليدوكائين ناجم عن نقص حساسية القضيب، لكن لم يكن مؤثراً على العلاقة حسب وصف المريض، ولوحظ حدوث خدر وتهيج الجلد لدى 5.3% من المرضى. بينما لم نتكمن من دراسة استخدام الليدوكائين على النشوة الجنسية لدى الزوجة لاعتبارات مجتمعية ولعدم تواجدها برفقة الزوج عند المراجعات للعيادة البولية.

الجدول (9): التأثيرات الجانبية للأدوية المستخدمة

	المجموعة A	المجموعة B
غثيان	4 (7%)	X
دوار	2 (3.5%)	X
صداع	2 (3.5%)	X
إسهال	2 (3.5%)	X
ألم ظهر	1 (1.8%)	X
أرق	1 (1.8%)	X
ضعف انتصاب	X	20 (35.7%)
خدر وتهيج الجلد	X	3 (5.3%)

4. المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالمية:

منذ عقود، كان النهج الرئيسي لعلاج القذف المبكر هو العلاج السلوكي والنفسي، بالاعتماد على تقنيات مثل أسلوبي "البدء والتوقف" و"العصر Squeeze". حالياً، تتوفر العديد من خطوط العلاج للقذف المكبر بفعاليات علاجية متفاوتة. في الآونة الأخيرة، حظي هيدروكلوريد دابوكستين، وهو مثبط انتقائي قصير المفعول لعود قبط السيروتونين (SSRI)، باهتمام كعلاج عند الطلب لسرعة القذف. قارنت العديد من الدراسات فعالية دابوكستين مع الدواء الوهمي، وكذلك مع أدوية فموية أخرى، وخاصة مثبطات عود قبط السيروتونين الانتقائية الأخرى. ومع ذلك، يُستخدم التخدير الموضعي أيضاً على نطاق واسع لعلاج PE كعلاج دون وصفة طبية مع فعالية مؤكدة في العديد من التجارب السريرية. كما تم استخدام صيغ وتركيزات مختلفة من التخدير الموضعي مع زيادات متغيرة في IELT. ومع ذلك، لا توجد دراسات متاحة عديدة في الأدبيات العلمية لمقارنة فعالية دابوكستين الفموي مع التخدير الموضعي عند الطلب لتدبير PE.

لذلك هدفت دراستنا إلى مقارنة فعالية الدابوكستين الفموي مع التخدير الموضعي عند الطلب لتدبير PE. ولاستخلاص النتائج بشكل أفضل، تمت مقارنة دراستنا مع دراسة Alghobary وزملاؤه[12] المنشورة عام 2020، ودراسة Sikdar وزملاؤه[13] المنشورة عام 2017، ودراسة Shariev وزملاؤه المنشورة[14] عام 2022.

1.4 المقارنة مع دراسة Alghobary وزملاؤه:

دراسة تقدمية على 55 مريض شُخص له قذف مبكر، تم تصنيفهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (27 مريض) تلقوا العلاج بالدابوكستين الفموي 60 ملغ، والمجموعة الثانية (28 مريض) استعملوا بخاخ الليدوكائين 10% عند الطلب، لمدة 12 أسبوعاً، من ثم تم إيقاف المعالجة لمدة أسبوعين، تلاه إعادة العلاج مع المبادلة بين المجموعتين لمدة 12 أسبوع أخرى.

متوسط عمر المرضى بلغ 37.7 ± 6.2 سنة، بمتوسط BMI بلغ 26.8 كغ/م^2. وبنهاية الدراسة توصلوا إلى أن العلاج بالليدوكائين كان فعالاً بنسبة 78.2% وغير فعال بنسبة 21.8%، بينما العلاج بالدابوكستين كان فعالاً بنسبة 29.1% وغير فعال بنسبة 70.9%.

تتوافق الموجودات السابقة مع ما وجدنا في دراستنا من حيث فعالية الليدوكائين حيث بلغت لدينا 75%، بينما تختلف كلياً عن فعالية الدابوكستين حيث بلغت لدينا 73.6%، ربما يُعزى ذلك لكوننا استخدمنا الدابوكستين بشكل يومي بينما في دراستهم تم استخدامه عند الطلب.

تحسن IELT عند استخدام الدابوكستين من 21.87 ثانية إلى 63.44 ثانية، بينما في دراستنا من 58 ثانية إلى 141 ثانية. وعند استخدام الليدوكائين من 21.87 ثانية إلى 179.43 ثانية، بينما في دراستنا من 61 ثانية إلى 144.6 ثانية.

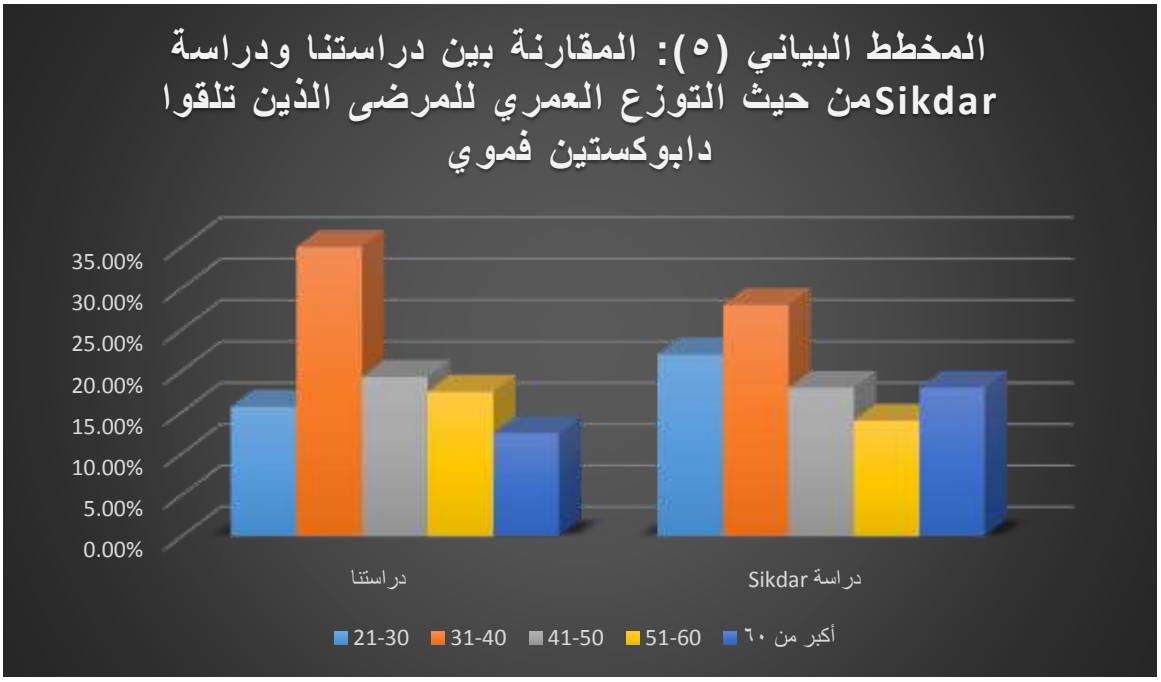
في دراسة Alghobary كانت التأثيرات الجانبية عند استخدام الدابوكستين الفموي كالتالي: غثيان لدى 11 مريض (20%)، الصداع لدى 8 مرضى (14.5%)، الدوار لدى 6 مرضى (10.9%)، الإسهال لدى 6 مرضى (10.9%)، الأرق في أربع حالات (7.3%). بينما عند استخدام الليدوكائين: سُجل حدوث ضعف انتصاب لدى 34 مريض (61.85%) لكن لم يكن معيقاً للعلاقة الجنسية، مع حدوث تهيج خفيف بالقضيب لدى 4 مرضى (7.3%).

2.4 المقارنة مع دراسة Sikdar وزملاؤه:

دراسة تقدمية على 50 مريض شُخص له قذف مبكر بمتوسط عمر بلغ 43.38 ± 15.09 سنة، تم تدبيرهم بالدابوكستين الفموي 30 ملغ/يوم لمدة 12 أسبوعاً.

معظم المرضى كانوا في العقد الرابع من العمر بنسبة 28% من ثم العقد الثالث من العمر 22%، بينما في دراستنا كان معظمهم في العقد الرابع من العمر بنسبة 35% تلاها العقد الخامس من العمر بنسبة 19.3%.

الجدول (10): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث التوزع العمري للمرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي:		
	دراستنا	دراسة Sikdar
21-30 سنة	(%15.7) 9	(%22) 11
31-40 سنة	(%35) 20	(%28) 14
41-50 سنة	(%19.3) 11	(%18) 9
51-60 سنة	(%17.5) 10	(%14) 7
> 60 سنة	(%12.5) 7	(%18) 9

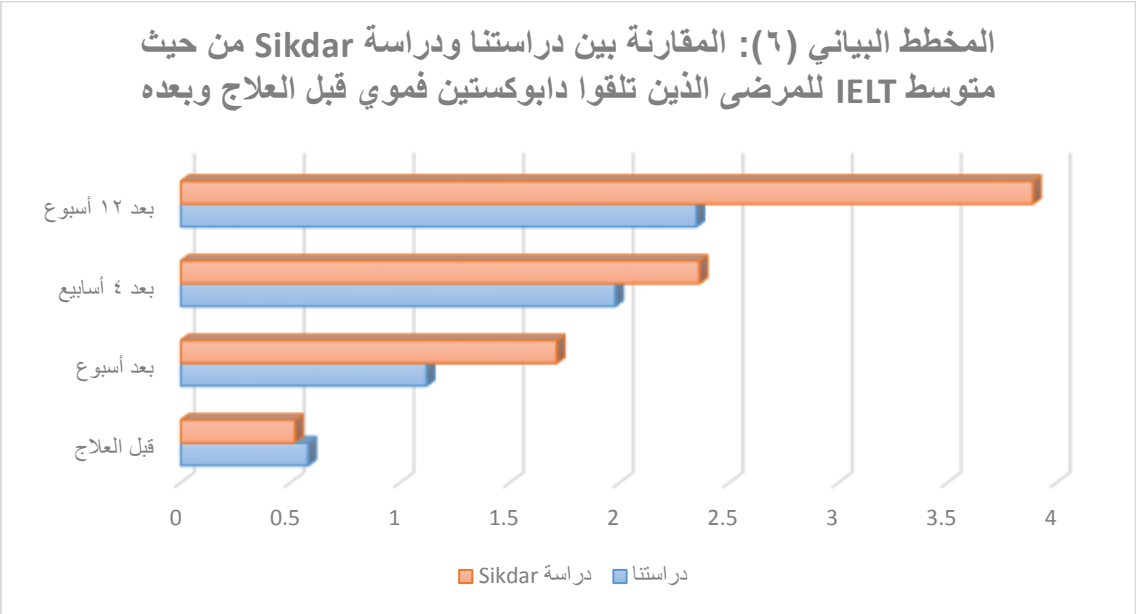


في دراسة Sikdar بلغ متوسط IELT قبل التداخل الدوائي 0.52 ± 0.19 دقيقة، وفي الأسبوع الأول 1.713 ± 0.508 دقيقة، وفي الأسبوع الرابع 2.364 ± 0.464 دقيقة، وفي نهاية الدراسة 3.892 ± 0.876 دقيقة.

بالمقارنة مع نتائج دراستنا الموضحة في الجدول (11) نلاحظ أن التحسن كان أكثر في دراسة Sikdar من

حيث متوسط IELT بعد العلاج الدوائي في الفترات الثلاث (بعد أسبوع، 4 أسابيع، 12 أسبوع) لكن تتفق كلتا الدراستين كما هو ملاحظ أن التحسن كان يزداد تدريجياً وصولاً لأعلى مستوى خلال 12 أسبوع.

الجدول (11): المقارنة بين دراستنا ودراسة Sikdar من حيث متوسط IELT للمرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي قبل العلاج وبعده:		
	دراستنا	دراسة Sikdar
قبل العلاج (د)	0.28 ± 0.58	0.19 ± 0.52
بعد أسبوع (د)	0.57 ± 1.12	0.508 ± 1.713
بعد 4 أسابيع (د)	0.49 ± 1.98	0.464 ± 2.364
بعد 12 أسبوع (د)	0.61 ± 2.35	0.876 ± 3.892



تم تصنيف متوسط IELT وفق كل فئة عمرية، حيث كانت أدنى قيمة لـIELT قبل العلاج الدوائي في دراسة Sikdar لدى المرضى ممن تجاوز عمرهم 60 سنة حيث بلغ 0.44 ± 0.17، بينما في دراستنا كانت لدى المرضى في العقد الثالث من العمر (30–21 سنة) حيث بلغ 0.41 ± 0.11.

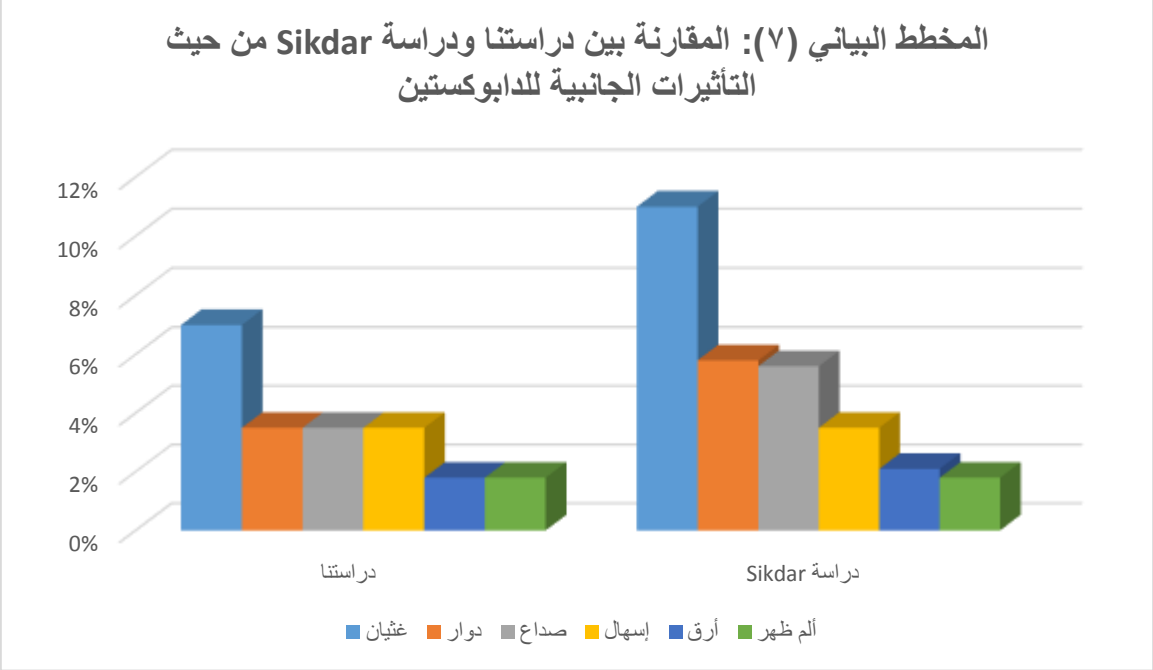
بعد العلاج الدوائي باثني عشر أسبوع، كانت أعلى قيمة لـIELT في دراسة Sikdar لدى المرضى في العقد السادس من العمر (60–51 سنة) حيث بلغ 2.78 ± 0.97، بينما في دراستنا كانت لدى المرضى في العقد الخامس من العمر (50–41 سنة) حيث بلغ 2.48 ± 0.81، بينما اتفقت كلتا الدراستين على أن الفئة الأقل استفادة كانت لدى المرضى ممن تجاوز عمرهم 60 عاماً، حيث بلغ متوسط IELT في دراسة Sikdar 1.59 ± 0.66، وفي دراستنا 1.62 ± 0.45

الجدول (12): العلاقة بين التوزع العمري للمرضى ومتوسط IELT قبل العلاج الدوائي وبعده في دراستنا ودراسة Sikdar لدى المرضى الذين تلقوا دابوكستين فموي:

	دراستنا		دراسة Sikdar	
	قبل العلاج	بعد 12 أسبوع	قبل العلاج	بعد 12 أسبوع
30–21 سنة	0.11 ± 0.41	0.72 ± 2.11	0.17 ± 0.48	0.93 ± 2.01
40–31 سنة	0.19 ± 0.63	0.88 ± 2.24	0.21 ± 0.60	0.80 ± 2.15
50–41 سنة	0.17 ± 0.52	0.81 ± 2.48	0.24 ± 0.50	0.91 ± 2.56
60–51 سنة	0.21 ± 0.51	0.75 ± 2.07	0.11 ± 0.57	0.97 ± 2.78
60 < سنة	0.19 ± 0.49	0.45 ± 1.62	0.17 ± 0.44	0.66 ± 1.59

اتفقت كلتا الدراستين على أن أشيع تأثير جانبي تالي للعلاج الدوائي اليومي بالدابوكستين هو الغثيان بنسبة 11% في دراسة Sikdar و7% في دراستنا، ولم يُلاحظ الأرق سوى لدى نسبة قليلة من المرضى، حيث وجد لدى 2.1% من مرضى دراسة Sikdar و1.8% في دراستنا.

الجدول (13): التأثيرات الجانبية الناجمة عن العلاج بالدابوكستين الفموي في كل من دراستنا ودراسة Sikdar:		
	دراستنا	دراسة Sikdar
غثيان	%7	%11
دوار	%3.5	%5.8
صداع	%3.5	%5.6
إسهال	%3.5	%3.5
أرق	%1.8	%2.1
ألم ظهر	%1.8	%1.8



3.4 المقارنة مع دراسة Shariev وزملاؤه:

دراسة تقدمية على 75 مريض تتراوح أعمارهم بين 18–45 سنة، شُخص لهم قذف مبكر، تم تدبيرهم ببخاخ ليدوكائين 9.6% (10 ملغ محلول في 45% إيتانول) عند الطلب.

صنفَ Shariev وزملاؤه قيمة IELT التالية للعلاج إلى عدة فئات دون ذكر متوسط قيمة IELT التالية للعلاج، حيث لوحظ أن 43 مريض (61%) بلغت قيمة IELT لديهم بعد العلاج تتجاوز الدقيقتين، و20 مريض (28%) أصبحت قيمة IELT لديهم بين 1.5 إلى دقيقة. علماً أن 61% من المشاركين في الدراسة كانت قيمة IELT لديهم دون الدقيقة قبل التداخل الدوائي.

بالمحصلة توصلت الدراسة إلى أن الليدوكائين ساهم في تحسين الرضا عن النشاط الجنس لدى الشريكين مع زيادة تتجاوز 2 دقيقة في حدوث القذف.

5. الإستنتاجات:

- قد يتواجد القذف المبكر لدى أي فئة عمرية، إلا أنه في دراستنا كان أشيع في العقد الرابع من العمر.
- عند استعمال الدابوكستين (30 ملغ) بشكل يومي تقاربت نسبة نجاحه مع بخاخ الليدوكائين 10% وفق مقياس PEDT.
- عند تقييم IELT بين الدابوكستين الفموي والليدوكائين الموضعي على فترات متعددة (بعد أسبوع، بعد 4 أسابيع، بعد 12 أسبوع) يُلاحظ بأن تأثير الليدوكائين يكون أوضح من الفترة الأولى، بينما تزداد فعالية الدابوكستين فموياً تدريجياً حيث لوحظ وجود تحسن واضح بين فترات الدراسة الثلاث.
- عادةً ما تكون الفئة الأقل استفادة من الدابوكستين الفموي هي الفئة التي تجاوزت الستين من العمر.
- التأثيرات الجانبية الناجمة عن العلاج اليومي بالدابوكستين الفموي لمدة 12 أسبوع كانت مقبولة ولم تؤدِ لإيقاف الدواء لدى أيٍ من المرضى المدروسين، وأشيعها كان الغثيان.
- رغم حدوث ضعف انتصاب (حسب وصف المريض) لدى 35.7% من المرضى الذين استخدموا بخاخ الليدوكائين 10%، إلا أنه لم يكن مؤثراً على العلاقة الجنسية.

6. التوصيات:

- يمكن استخدام كل من الدابوكستين الفموي (30 ملغ يومياً) أو الليدوكائين (10% عند الطلب) لتدبير القذف المبكر، ويُترك قرار الاختيار حسب تفضيل الطبيب والمريض لطريقة الاستخدام، مع التأكيد على أن الدابوكستين الفموي يحتاج لمدة أطول للوصول لفعالية مقاربة لليدوكائين.
- إجراء دراسات أوسع لاحقاً، تتضمن تضمين العلاج النفسي السلوكي كعلاج مشارك للمعالجة الدوائية، كما تشمل رأي الزوجة عما قد يُسببه بخاخ الليدوكائين من تأثيرات جانبية لديها عند عدم استخدام الواقي الذكري.

المراجع:

1. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep. 2000;2(3):189-95.

2. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. Sex Med. 2014;2(2):41-59.

3. McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. J Sex Marital Ther. 1997;23(4):276-90.

4. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man s life? J Sex Marital Ther. 2003;29(5):361-70.

5. Rosen RC, Althof S. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. J Sex Med. 2008;5(6):1296-307.

6. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. Ejaculation disorders: A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time.

J Sex Med 2005; 2(4):492-7.

7. McMahon C. Premature ejaculation: past, present, and future perspectives. J Sex Med 2005;2(Suppl 2):94-5.

8. Hellstrom WJ. Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine. Neuropsychiatr Dis Treat 2009;5:37-46.

9. Modi NB, Dresser MJ, Simon M, Lin D, Desai D, Gupta S.Single and multiple dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. J Clin Pharmacol 2006;46(3):301-9.

10. El-Hamd, M. A. (2021). Effectiveness and tolerability of lidocaine 5% spray in the treatment of lifelong premature ejaculation patients: A randomized single-blind placebocontrolled clinical trial. *International Journal of Impotence*

Research, *33*(1), 96–101.

11. El-Hamd, M. A., Saleh, R., & Majzoub, A. (2019). Premature ejaculation: An update on definition and pathophysiology. *Asian Journal of Andrology*, *21*(5), 425–432.

12. Alghobary M, Gaballah M, El-Kamel MF, State AF, Ismail SR, Selim MK, Mostafa T. Oral dapoxetine versus topical lidocaine as on-demand treatment for lifelong premature ejaculation: A randomized controlled trial. Andrologia. 2020 Jun;52(5):e13558.

13. T. Sikdar, M. Chowdhury, M. Ahsan, R. Ali. Dapoxetine for the management of premature ejaculation. Bang J Psychiatry 2017;31(1): 15-19.

14. A. Shariev , R. Savdie, and K. Hart. The Effects of Steady Freddy, a Lidocaine- Based Pump Spray for the Treatment of Premature Ejaculation (PE). American Journal of Men’s Health 2022; 1–6.

15. McMahon CG, Jannini E, et al. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. J Sex Med. 2013;10(1):204–229

16. Clement P, Giuliano F. Physiology and pharmacology of ejaculation. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2016;119(Suppl 3):18–25.

17. Veening JG, Coolen LM. Neural mechanisms of sexual behavior in the male rat: emphasis on ejaculation-related circuits. Pharmacol Biochem Behav. 2014;121:170–183

18. Shapiro B. Premature ejaculation: a review of 1130 cases. J Urol. 1943;50:6.

19. Godpodinoff ML. Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology. J Sex Marital Ther. 1989;15(2):130–134.

20. Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidencebased definition of premature ejaculation. Part I–validity of DSM-IV-TR. J Sex Med. 2006;3(4):682–692.

21. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for thendefinition of premature ejaculation. Sex Med. 2014;2(2):41–59.

22. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impotence Res. 2005;17(1):39–57.

23. Janssen PK, Bakker SC, Zwindermann AH, et al. Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. J Sex Med. 2009;6(1):276–284

24. Tian Y, Liu W, Wang JZ, et al. Effects of circumcision on male sexual functions: a systematic review and meta-analysis. Asian J Androl. 2013;15(5):662–666.

25. Bronner G, Kitrey ND, Uziel N, et al. Correlation between premature ejaculation and female vaginal penetration difficulties. Int J Impot Res. 2015;27(4).

26. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey:prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol. 2007;51(3):816–823 [discussion 824].

27. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. J Sex Med. 2010;7(4 Pt 2):1668–1686.

28. Carani C, Isidori AM, Granata A, et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(12):6472–6479.

29. Althof SE, Abdo CH, Dean J, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. J Sex Med. 2010;7(9):2947–2969.

30. Kilinc MF, Aydogmus Y, Yildiz Y, et al. Impact of physical activity on patient self-reported outcomes of lifelong premature ejaculation patients: results of a prospective, randomised, sham-controlled trial. Andrologia. 2018;50(1).

31. Perelman M. A new combination treatment for premature ejaculation. A sex therapist's perspective. J Sex Med. 2006;3:1004–1012.

32. Sotomayor M. The burden of premature ejaculation: the patient's perspective. J Sex Med. 2005;2(Suppl 2):110–114.

33. Rodriguez-Pena ML, Rodriguez-Manzo G, Carro-Juarez M, et al. Ejaculatory training lengthens the ejaculation latency and facilitates the functioning of the spinal generator for ejaculation of rats with rapid ejaculation. Int J Impot Res. 2017;29(1):35–42.

34. Giuliano F, Clement P. Pharmacology for the treatment of premature ejaculation. Pharmacol Rev. 2012;64(3):621–644.

35. Jiann BP, Huang YJ. Assessing satisfaction in men with premature ejaculation after dapoxetine treatment in realworld practice. Int J Clin Pract. 2015;69(11):1326–1333.

36. Marangell L, Dennehy E, Wisniewski SR, et al. Case-control analyses of the impact of pharmacotherapy on prospectively observed suicide attempts and completed suicides in bipolar disorder: findings from STEP-BD. J Clin Psychiatry. 2008;69:916–922.

37. Tanrikut C, Feldman AS, Altemus M, et al. Adverse effect of paroxetine on sperm. Fertil Steril. 2010;94(3):1021–1026

38. Dinsmore WW, Wyllie MG. PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5 min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebocontrolled study. BJU Int. 2009;103(7):940–949.

39. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, et al. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). J Sex Med. 2014;11(6):1392–1422

40. Asimakopoulos AD, Miano R, Finazzi A, et al. Does current scientific and clinical evidence support the use of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of premature ejaculation? A systematic review and metaanalysis. J Sex Med. 2012;9(9):2404–2416.

41. Aversa A, Pili M, Francomano D, et al. Effects of vardenafil administration on intravaginal ejaculatory latency time in men with lifelong premature ejaculation. Int J Impot Res. 2009;21(4):221–227.

42. Martyn-St James M, Cooper K, Ren S, et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitors for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol Focus. 2017;3(1):119–129.

43. Xiong GG, Wu FH, et al. Safety and efficacy of tramadol hydrochloride with behavioral modification in the treatment of premature ejaculation. Zhonghua Nan Ke Xue. 2011;17(6):538–541.

44. Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A, et al. A randomized double-blind, placebo-controlled multicenter study to evaluate the efficacy and safety of two doses of the tramadol orally disintegrating tablet for the treatment of premature ejaculation within less than 2 minutes. Eur Urol. 2011;61(4):736–743.

45. Cepeda MS, Camargo F, Zea C, et al. Tramadol for osteoarthritis: a systematic review and metaanalysis. J Rheumatol. 2007;34(3):543–555.

46. Kirby EW, Carson CC, Coward RM, et al. Tramadol for the management of premature ejaculation: a timely systematic review. Int J Impot Res. 2015;27(4):121–127.

47. 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

48. Yang L, Qian S, Liu H, et al. Role of tramadol in premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. Urol Int. 2013;91(2):197–205

49. Lepor H. The evolution of alpha-blockers for the treatment of benign prostatic hyperplasia. Rev Urol. 2006;8(Suppl 4):S3–S9.

50. Basar MM, Yilmaz E, Ferhat M, et al. Terazosin in the treatment of premature ejaculation: a short-term follow-up. Int Urol Nephrol. 2005;37(4):773–777.

51. Fein RL. Intracavernous medication for treatment of premature ejaculation. Urology. 1990;35(4):301–303.

52. Serefoglu EC, Hawley WR, Lasker GF, et al. Effect of botulinum-A toxin injection into bulbospongiosus muscle on ejaculation latency in male rats. J Sex Med. 2014;11(7):1657– 1663.

53. Gaxiola GM, Aguilar IE, Paz G. Method for treating premature ejaculation with a botulinum neurotoxin. [(website)] 2012.

54. Sunay D, Sunay M, Aydogmus Y, et al. Acupuncture versus paroxetine for the treatment of premature ejaculation: a randomized, placebo-controlled clinical trial. Eur Urol. 2011;59(5):765–771.

55. Shi WG, Wang XJ, Liang XQ, et al. [Selective resection of the branches of the two dorsal penile nerves for primary premature ejaculation]. Zhonghua Nan Ke Xue. 2008;14(5):436–438.

Abstract

- **The aim**: The aim of this study was to study the effectiveness of using dapoxetine or topical lidocaine in the management of premature ejaculation, and to study the differences between them in terms of effectiveness and partner satisfaction.
- **Materials and Methods**: A prospective cohort study, in which patients were randomly assigned to two treatment groups. The study included patients diagnosed with PE with a PEDT score of 9 or higher. Patient data and information were recorded initially, and they were then followed up for 12 weeks after the drug intervention, through calculating PEDT and IELT, and studying the side effects of the medications used.
- **Results**: The study included 113 patients, who were classified according to treatment group: Group A: treated with 30 mg/day dapoxetine, and included 57 patients, and Group B: treated with 10% lidocaine 15 minutes before intercourse, and included 56 patients. The mean age, mean BMI, and mean PEDT were similar between the two study groups before the intervention. Treatment was successful in 73.6% and 75% of patients in groups A and B, respectively. Mean IELT was higher in the lidocaine Group after one and four weeks, with a statistically significant difference, while after 12 weeks, the two groups were similar, without statistical significance (P = 0.78).
- **Conclusion**: Either oral dapoxetine (30 mg daily) or lidocaine (10% on demand) can be used to treat premature ejaculation. The decision to use the method depends on the physician's and patient's preferences. It is important to emphasize that oral dapoxetine requires a longer duration of treatment to achieve similar efficacy to lidocaine.

- **Keywords**: Premature Ejaculation, Dapoxetine, Lidocaine

Syrian Arab Republic

ministry of High Education

and Scientific Research

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of Surgery

Dapoxetine versus topical Lidocaine in management of premature ejaculation

Medical research achieved to get the master degree in Urology

Student:

Dr. Dara Al-Ali

Supervised by:

Prof. Muhamad Al-Tawil

2025