

بررسی اثرات دو روش درمانی فلوکستین در انزال زودرس

*بیژن رضاخانی‌ها، علیرضا خوشدل^۲

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۹/۷/۱۸

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۹/۴/۲۲

چکیده

سابقه و هدف: بررسی مقایسه‌ای اثرات درمانی دوروش درمانی فلوکستین ۴ ساعت قبل از نزدیکی و هر ۱۲ ساعت فلوکستین، کاهش عوارض داروهای SSRI در بیماران از طریق کاهش دوز و روش درمانی، در بیماران مراجعه کننده به کلینیک بیمارستان امام رضا (ع) می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار غیر تصادفی با کد اخلاق ۱۰۲۹ می‌باشد و اثرات درمانی و عوارض ۲ روش دارویی فلوکستین ۴ ساعت قبل از نزدیکی و هر ۱۲ ساعت در درمان انزال زودرس در ۸۸ نفر از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) مورد بررسی قرار گرفته است. بیماران به صورت غیر تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول فلوکستین روزانه ۲۰ mg (۴ ساعت قبل از نزدیکی) و گروه دوم ۲۰ mg (هر ۱۲ ساعت) دریافت کردند. در پایان اطلاعات به دست آمده در نرم افزار SPSS ویرایش ۱۴ آنالیز شده است.

یافته‌ها: میانگین زمان انزال در گروه فلوکستین ۴ ساعت قبل از نزدیکی قبل از درمان ۱۳۹/۹۷ ثانیه بوده که بعد از ۴ هفته اول درمان به ۲۲۵/۲۵ ثانیه ($p < 0/001$) و بعد از ۸ هفته به ۲۶۱/۱۵۳ ثانیه رسیده است ($p < 0/001$). و در مقایسه زمان انزال بین ۴ هفته و ۸ هفته $p = 0/003$ بدست آمد.

میانگین زمان انزال در گروه فلوکستین هر ۱۲ ساعت قبل از درمان ۱۰۷/۰۴ ثانیه بوده که بعد از ۴ هفته اول به ۲۹۴/۰۸ ثانیه ($p < 0/001$) و بعد از ۸ هفته به ۳۲۴/۰۸ ثانیه رسید ($p < 0/001$) و در مقایسه بین زمان انزال بین ۴ هفته و ۸ هفته $p = 0/029$ بدست آمد. میزان عوارض در گروه فلوکستین ۴ ساعت قبل از نزدیکی ۱۲/۸ درصد و میزان عوارض در گروه فلوکستین هر ۱۲ ساعت ۴۴/۹ با $p = 0/001$ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه هر دو روش دارویی زمان تاخیر انزال را بطور معنی‌دار افزایش دادند ولی افزایش زمان در گروه دوم با اختلاف معنی‌دار بیشتر از گروه اول بود. همچنین از لحاظ عوارض جانبی دارویی، عوارض در گروه دارویی فلوکستین هر ۱۲ ساعت نسبت به گروه فلوکستین ۴ ساعت قبل از نزدیکی با اختلاف معنی‌دار بیشتر می‌باشد.

کلمات کلیدی: انزال زودرس، فلوکستین، ناتوانی جنسی، SSRI (Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor)

مقدمه

(۱) انزال زودرس شایع‌ترین اختلالات جنسی در مردان است (۲).

این بیماری شایع جنسی است که به صورت عمده بوسیله اختلال در نورو ترانس‌میتور سروتونین و رسپتور سروتونین و با اندازه کمتر نورو ترانس‌میتور اکسیتوسینرژیک در CNS رخ می‌دهد.

در متون پزشکی تعریف‌های مختلفی برای انزال زودرس شده است

انزال زودرس یک بیماری شایع جنسی است که به صورت عمده بوسیله اختلال در نورو ترانس‌میتور سروتونین و رسپتور سروتونین و با اندازه کمتر نورو ترانس‌میتور اکسیتوسینرژیک در CNS رخ می‌دهد.

۱- استادیار، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه ارولوزی (نویسنده مسؤول)
تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۸۸۹۳۱ آدرس الکترونیک: dr_rezakhaniha@armyums.ac.ir
۲- استادیار، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، دانشکده پزشکی، گروه اپیدمیولوژی بالینی

انجام گیرند و هرگز نباید در حضور درمانگر اقدام به انجام آن‌ها کرد (۳). با توجه به کوتاه بودن اثر این روش و مشکلاتی از قبیل عود و عدم همکاری لازم همسر بیمار، گرایش به سمت روش درمان دارویی افزایش یافته است.

راهی که سرتونین در مهار انزال اثر می‌کند هنوز به طور کامل مشخص نشده است (۷). فلوکسیتین سر دسته گروهی از داروهاست که به طور انتخابی بازجذب سروتونین را مهار می‌کنند. این داروها ممکن است سبب تهوع، سردرد، اضطراب، بی‌خوابی و اختلال عملکرد جنسی شوند. از اثرات اکستراپیرامیدال در اوایل درمان شامل دیس‌کینزی و واکنش‌های دیستونی است و تشنج از عوارض زیاده‌روی در مصرف این داروها می‌باشد. در مورد SSRIها سندرم محرومیت نیز توصیف شده است، که شامل: تهوع، سرگیجه، اضطراب، لرزش و تپش قلب است (۸).

بنابراین با توجه به عوارض این داروها و همچنین وجود دو پروتکل درمانی برای استفاده از فلوکسیتین بر آن شدیم که اثر بخشی فلوکسیتین در درمان انزال زودرس در پروتکل‌های مختلف بررسی نماییم تا بتوان موثرترین دوز دارو با حداقل عوارض را شناسایی کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه کارآزمایی بالینی غیر تصادفی بدون گروه دارونما و مقایسه‌ای از نظر اثر درمانی دو روش دارویی فلوکسیتین هر ۱۲ ساعت و ۴ ساعت قبل از نزدیکی در درمان انزال زودرس و کاهش عوارض داروهای SSRI در بیماران از طریق کاهش دوز و روش درمانی، در بیماران مراجعه‌کننده به یک بیمارستان امام رضا (ع) می‌باشد.

معیارهای ورود به مطالعه رنج سنی ۸۰-۱۸ سال، امکان نزدیکی حداقل یک‌بار در هفته، وعدم رضایت از زمان انزال می‌باشند. معیارهای خروج از این مطالعه شامل رنج سنی زیر ۱۸ و بالای ۸۰ سال، عدم امکان نزدیکی حداقل یک بار در هفته، عفونت اداری تناسلی، اختلالات نورولوژیک و سابقه جراحی لگن می‌باشد که توسط شرح حال، پاراکلینیک و معاینه بالینی مشخص گردید.

در این مطالعه بیماران توسط متخصص مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت تایید انزال زودرس با توجه به تعریف DMS IV

(۴)، در این حالت مرد به طور متناوب یا مداوم، قبل از زمان مطلوب به ارگاسم و انزال دست می‌یابد. این اختلال در میان مردان جوان و مردانی که با یک شریک جنسی جدید ارتباط برقرار کرده‌اند و مردانی که تحصیلات آکادمیک دارند شایع‌تر از مردانی است که تحصیلات کمتری دارند. تصور می‌شود که این حالت به دلیل نگرانی از ارضای شریک جنسی رخ می‌دهد (۳). این اختلال تقریباً همیشه Psychological است. (۵) انزال زودرس به انزال غیر قابل کنترل قبل یا مدت کوتاهی بعد از دخول واژینال اطلاق می‌گردد (۶). تعریف مستدلی برای این مشکل ارائه نشده ولی کامل‌ترین تعریف در DSM.IV در مورد انزال زودرس به صورت زیر ارائه شده است:

۱- خروج نابه هنگام منی با تحریک مختصر و بلافاصله قبل یا بعد از ورود آلت به واژن (البته پزشک باید فاکتورهایی مثل طول زمان، فاز تحریک جنسی، سن، مهارت زوج و زمان آخرین فعالیت جنسی را در نظر بگیرد).

۲- این وضعیت ناشی از قطع بعضی از مواد مخدر نباشد.

۳- انزال باعث دیسترس شدید یا اختلال رفتاری بین زوجین گردد (۳).

سه پارامتر برای تشخیص انزال زودرس تعیین کرده‌اند که شامل دوره انزال کوتاه و فقدان کنترل و نارضایتی جنسی است، دوره انزال کوتاه: بر اساس تعریف DSM-IV-R به زمان ۱۵ ثانیه یا کمتر بین فرو رفتن واژینال و انزال گفته می‌شود. افرادی مانند Woldinger در سال ۱۹۹۸ و Rowland در سال ۲۰۰۰ پیشنهاد کرده‌اند که این زمان را به ۱ الی ۲ دقیقه افزایش دهیم. دومین پارامتر عدم کنترل بر روی انزال می‌باشد که در این گروه از افراد انزال به سرعت صورت می‌گیرد سومین پارامتر هم نارضایتی جنسی است که فرد از شرایط به وجود آمده دچار استرس می‌شود (۵).

در حال حاضر استفاده از SSRIها و ضد افسردگی‌هایی که به طور انتخابی بازجذب سروتونین را مهار می‌کنند، مانند: فلوکسیتین، سیتالوپرام، سرتالین و پاروکسیتین، قابل توجه است. استفاده از روش‌های آموزشی در درمان انزال زودرس نیازمند اجرای دقیق توسط همسر بیمار و خود بیمار می‌باشد (۷)، در این روش تمرین‌های خاصی به یک یا هر دو شریک جنسی توصیه می‌شود که به رفع مشکل خاص آن‌ها کمک می‌کند. تمام این تمرینات باید در خلوت

درمان و چهار و هشت هفته بعد از درمان و همچنین بین دو دارو مقایسه گردید. لازم به ذکر است که با توجه به حساسیت افراد شرکت کننده در این مطالعات اطلاعات کلیه مراحل مطالعه در پرونده ثبت گردیده و محفوظ می باشد.

یافته ها

همانطور که در جدول شماره ۲ آورده شده میانگین زمان انزال در گروه فلوکستین ۴ ساعت قبل از نزدیکی قبل از درمان ۱۳۹/۹۷ ثانیه بوده که بعد از ۴ هفته درمان به ۲۲۵/۲۵ ثانیه (p.v=۰/۰۰۰) و بعد از ۸ هفته به ۱۵۳/۲۶۱ ثانیه رسیده است (p.v=۰/۰۰۰) و مقایسه زمان انزال بین ۴ هفته و ۸ هفته p.v=۰/۰۰۳ به دست آمد. میانگین زمان انزال در گروه فلوکستین هر ۱۲ ساعت قبل از درمان ۱۰۷/۰۴ ثانیه بوده که بعد از ۴ هفته اول به ۲۹۴/۰۸ ثانیه (p.v=۰/۰۰۰) و بعد از ۸ هفته به ۳۲۴/۰۸ ثانیه رسید (p.v=۰/۰۰۰) و مقایسه بین زمان انزال بین ۴ هفته و ۸ هفته p.v=۰/۰۲۹ به دست آمد. با توجه به نتایج بند اول جدول شماره ۲ مقدار p-value آزمون

پس از اخذ رضایت نامه کتبی وارد مطالعه شدند، بیماران به صورت غیر تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، به گروه اول فلوکستین هر ۱۲ ساعت ۲۰ میلی گرم یکی از شرکت های دارویی کشور و به گروه دوم ۴ ساعت قبل از نزدیکی ۲۰ میلی گرم از همان محصول تجویز شد. در نهایت زمان شروع انزال قبل از شروع درمان (میانگین زمان در حداقل سه نوبت) و در پایان هفته چهارم و هشتم پس از درمان توسط همسر بیمار و با کرنومتر به دقت اندازه گیری و ثبت می گردید. به بیماران توصیه شده که زمان را از دخول به واژن تا انزال ثبت نمایند و در صورت بروز هر گونه عارضه جانبی مراجعه نمایند. در ضمن افراد شرکت کننده در گروه اول ۵۵ نفر بود که ۶ نفر در ادامه درمان مراجعه نداشتند و در نهایت به ۴۹ نفر رسید در گروه ۲ نیز ۴۴ نفر شرکت کرده بودند که ۵ نفر در ادامه مراجعه نکردند که در نهایت به ۳۹ نفر رسید. متوسط سن در گروه ۴ ساعت قبل ۳۹/۱۵ و در گروه هر ۱۲ ساعت ۳۳/۴۸ بود.

در پایان اطلاعات به دست آمده در نرم افزار SPSS ویرایش ۱۴ آنالیز شده و توسط paired sample T test مدت زمان انزال قبل از

جدول ۱- متوسط سن در ۲ گروه

| گروه آزمایشی | تعداد | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|----------------------|-------|---------|--------------|-------|--------|
| ۴ ساعت قبل از نزدیکی | ۳۹ | ۳۹/۱۵ | ۱۲/۹۸ | ۲۲ | ۶۷ |
| هر ۱۲ ساعت | ۴۹ | ۳۳/۴۸ | ۱۲/۰۸ | ۲۰ | ۷۵ |

جدول ۲- بررسی آماری روش های مختلف درمانی به تفکیک روش

| روش دارو | تعداد | P-value |
|---|-------|---------|
| میانگین زمان انزال قبل از درمان ۱۳۲/۹۷ میانگین زمان انزال ۴ هفته بعد درمان ۲۲۵/۲۵ | ۳۹ | ۰/۰۰۰ |
| میانگین زمان انزال قبل از درمان ۱۳۲/۹۷ میانگین زمان انزال ۸ هفته بعد درمان ۲۶۱/۱۵۳ | ۳۹ | ۰/۰۰۰ |
| میانگین زمان انزال ۴ هفته بعد درمان ۲۲۵/۲۵ میانگین زمان انزال ۸ هفته بعد درمان ۲۶۱/۱۵۳ | ۳۹ | ۰/۰۰۳ |
| میانگین زمان انزال قبل از درمان ۱۰۷/۰۴ میانگین زمان انزال ۴ هفته بعد درمان ۲۹۴/۰۸ | ۴۹ | ۰/۰۰۰ |
| میانگین زمان انزال قبل از درمان ۱۰۷/۰۴ میانگین زمان انزال ۸ هفته بعد درمان ۳۲۴/۰۸ | ۴۹ | ۰/۰۰۰ |
| میانگین زمان انزال ۴ هفته بعد درمان ۲۹۴/۰۸ میانگین زمان انزال ۸ هفته بعد درمان ۳۲۴/۰۸ | ۴۹ | ۰/۰۲۹ |

جدول ۳- بررسی توصیفی زمان انزال بیماران

| زمان انزال | روش درمانی | تعداد | میانگین | انحراف معیار | p-value |
|--------------------|-------------------|-------|---------|--------------|---------|
| قبل درمان | ۴ ساعت قبل نزدیکی | ۳۹ | ۱۳۲/۹۷ | ۱۰۶/۴۴ | ۰/۳۱۳ |
| | هر ۱۲ ساعت | ۴۹ | ۱۰۷/۰۴ | ۱۲۸/۱۲ | |
| ۴ هفته پس از درمان | ۴ ساعت قبل نزدیکی | ۳۹ | ۲۲۵/۲۵ | ۱۹۲/۴۴ | ۰/۰۳ |
| | هر ۱۲ ساعت | ۴۹ | ۲۹۴/۰۸ | ۳۸۲/۰۲ | |
| ۸ هفته پس از درمان | ۴ ساعت قبل نزدیکی | ۳۹ | ۲۶۱/۱۵۳ | ۲۱۶/۲۴ | ۰/۰۰۰ |
| | هر ۱۲ ساعت | ۴۹ | ۳۲۴/۰۸ | ۳۹۰/۹۸ | |

برابر با ۰/۳۱۳ بوده و از آنجایی که بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا تفاوت معنی دار زمان انزال بیماران در قبل از مصرف دارو در بین دو روش درمانی وجود نداشت. بررسی آماری اختلاف بین زمان انزال بیماران در ۴ هفته پس از مصرف دارو، بین دو گروه درمان (با در نظر گرفتن زمان انزال بیماران در قبل از مصرف دارو به عنوان کووریت) انجام پذیرفت. برای بررسی رابطه این دو متغیر، که هر دو از نوع عددی هستند، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌کنیم. مقدار P-value حاصل از این آزمون برابر است با ۰/۰۰۰ (P<۰/۰۰۱)، از طرفی با مقایسه میانگین زمان انزال بیماران که در جدول شماره ۳ آورده شده است در روش ۴ ساعت قبل از نزدیکی (۲۶۱/۱۵۳) و هر ۱۲ ساعت یک بار (۳۲۴/۰۸) می‌توان دریافت که بطور معنی داری میانگین زمان انزال بیماران پس از ۸ هفته در روش هر ۱۲ ساعت یکبار بیشتر از روش ۴ ساعت قبل از نزدیکی است.

در جدول ۴ وضعیت بیماران را از لحاظ عوارض دارویی در گروه درمانی ۴ ساعت قبل نزدیکی و هر ۱۲ ساعت مورد بررسی قرار دادیم در اینجا با توجه به آزمون کای دو نتایج به دست آمده حاکی از رابطه معنی دار (p.v=۰/۰۰۱) عوارض دارویی مصرفی در ۲ روش درمانی دارد.

در جدول ۵ فراوانی انواع عوارض دارویی پس از مصرف دارو در

برابر با ۰/۳۱۳ بوده و از آنجایی که بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا تفاوت معنی دار زمان انزال بیماران در قبل از مصرف دارو در بین دو روش درمانی وجود نداشت. بررسی آماری اختلاف بین زمان انزال بیماران در ۴ هفته پس از مصرف دارو، بین دو گروه درمان (با در نظر گرفتن زمان انزال بیماران در قبل از مصرف دارو به عنوان کووریت) انجام پذیرفت. برای بررسی رابطه این دو متغیر، که هر دو از نوع عددی هستند، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. مقدار P-value حاصل از این آزمون برابر است با ۰/۰۳ (P<۰/۰۵).

از طرفی با مقایسه میانگین زمان انزال بیماران که در جدول شماره ۳ آورده شده است در روش ۴ ساعت قبل از نزدیکی (۲۲۵/۲۵) و هر ۱۲ ساعت یک بار (۳۳۸/۱۶) می‌توان دریافت که بطور معنی داری میانگین زمان انزال بیماران در روش هر ۱۲ ساعت یک

جدول ۴- بررسی وضعیت بیماران از لحاظ وجود عوارض دارویی پس از مصرف آن

| درصد عوارض | ۴ ساعت قبل نزدیکی | هر ۱۲ ساعت | p-value |
|------------|-------------------|------------|---------|
| | ۱۲/۸ | ۴۴/۹ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۵- بررسی میزان فراوانی انواع عوارض دارویی پس از مصرف دارو در روش درمانی

| روش درمان | یبوست | افزایش وزن | بی خوابی | صدای شدن | خشکی | سردرد | سرگیجه | تهوع | اسهال | بی اشتها | خشکی دهان | احتباس ادراری | تاری دید | خواب آلودگی | کاهش میل جنسی |
|----------------------|-------|------------|----------|----------|------|-------|--------|------|-------|----------|-----------|---------------|----------|-------------|---------------|
| هر ۱۲ ساعت | ۱ | ۲ | ۰ | ۰ | ۳ | ۱ | ۴ | ۲ | ۱ | ۱ | ۱ | ۲ | ۲ | ۷ | ۱ |
| ۴ ساعت قبل از نزدیکی | ۱ | ۱ | ۲ | ۱ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ |

دقیقه بیشتر از دارونما زمان انزال را افزایش داد (۱۳). در مطالعه دیگر که توسط آقای Atmaca و همکارانش انجام شد تاثیر سیتالوپرام را در درمان انزال زودرس مورد بررسی قرار داد که به طور معنی داری سیتالوپرام نسبت به دارونما زمان انزال را افزایش داد (۱۴)، در مطالعه دیگری که توسط آقای Strassberg و همکارانش صورت گرفت تاثیر کلومیپرامین ۶-۴ ساعت قبل از فعالیت جنسی را در درمان انزال زودرس مورد بررسی قرار داد که به طور معنی داری نسبت به دارونما زمان انزال افزایش یافت (۱۵)، در مطالعه دیگری آقای Hellstrom و همکارانش تاثیر Dapoxetine که یک مهار کننده بازجذب سرتونین کوتاه اثر میباشد در درمان انزال زودرس بررسی کردند که به طور معنی داری زمان انزال را افزایش داد (۱۶).

در این مطالعات اصولاً اثرات داروهای مختلف را در درمان انزال زودرس مورد بررسی قرار داده است و به روشهای درمانی مختلف و عوارض داروها پرداخته نشده است. برای اولین بار بررسی مقایسه‌ای در مورد اثرات درمانی و عوارض دو روش دارویی در درمان انزال زودرس در این مطالعه انجام شده است.

در مطالعه ما بررسی مقایسه‌ای اثرات درمانی دوروش دارویی فلوکستین هر ۴ ساعت و هر ۱۲ ساعت در درمان انزال زودرس در ۸۸ نفر از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) انجام شد. که هر دوروش دارویی فوق زمان تأخیر انزال را از لحاظ آماری ($p < 0/05$) به طور معنی دار افزایش داده‌اند و در این مطالعه نیز روش فلوکستین هر ۱۲ ساعت ($p < 0/05$) از روش دارویی فلوکستین ۴ ساعت قبل نزدیکی مؤثرتر بود. همچنین در این مطالعه عوارض جانبی داروها در بین دو روش فوق مورد مقایسه قرار گرفت که عوارض داروی گروه فلوکستین هر ۱۲ ساعت نسبت به گروه فلوکستین هر ۴ ساعت از لحاظ آماری با ($p < 0/05$) به طور معنی داری افزایش داشت. از جمله عوارض دارویی شایع در این بیماران شامل خواب آلودگی، خستگی، سرگیجه، تهوع و افزایش وزن بوده است.

از جمله مشکلات پیش روی ما در این مطالعه کم بودن حجم نمونه به دلیل محدودیت زمانی و عدم مراجعه و پیگیری بیماران بود. از دیگر مشکلات میتوان به عدم آگاهی مردم در مورد انزال زورس و آگاهی از بیماری خود و عدم آگاهی از نیاز به درمان اشاره کرد و بسیاری از بیماران نیز نمی‌دانند که برای درمان به کجا و چه مرکزی مراجعه کنند و همچنین به علت یکسری محدودیت‌های فرهنگی

گروه درمانی ۴ ساعت قبل از نزدیکی و هر ۱۲ ساعت بیان شده است. در ضمن لازم به ذکر است در مورد عوارض دارویی ذکر شده در جدول شماره ۵ میزان و شدت عوارض به حدی نبوده که باعث قطع مصرف دارو در بیمار گردد.

بحث و نتیجه گیری

انزال زودرس شایع‌ترین اختلال جنسی در مردان می‌باشد. در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی ارتش توسط دکتر بیژن رضاخانی‌ها و همکارانش در مورد بررسی فراوانی انواع اختلال جنسی روی ۱۵۰ نفر با اختلال جنسی انجام شد که فراوانی انزال زورس ۳/۳۹٪، اختلال نعوظ ۷/۲۲٪، اختلال میل جنسی ۷/۴٪ و اختلال نعوظ و انزال زورس ۳۲٪ بوده است (۹). این اختلال می‌تواند تحت تاثیر عواملی مانند: فرهنگ جامعه، سن بیماران، وضعیت تحصیلات، شغل، شخصیت و خصوصیات همسر، آناتومی دستگاه تناسلی، رابطه خانوادگی و اطلاعات فرد در مورد نحوه‌ی آمیزش و غیره باشد.

با این وجود این اختلال به خوبی با درمان دارویی درمان می‌شود (۱۲)، تاکنون مطالعات بسیار زیادی درباره اثر بخشی داروها در درمان اختلالات جنسی به خصوص انزال زورس مورد مطالعه قرار گرفته است به طور مثال در مطالعه‌ای، که توسط Mattos و همکارانش انجام شد تاثیر استفاده هم‌زمان یک‌مهار کننده ۵-فسفودی استراز "tadalafil" و یک مهار کننده بازجذب سرتونین "fluoxetine" در درمان انزال زودرس ارزیابی شده است که نتیجه این مطالعه افزایش معنی دار زمان انزال در گروه فلوکستین + تادالافیل در مقایسه با سایر گروه‌ها بود (۱۰)، در مطالعه دیگر مقایسه اثر داروهای فلوکستین و سیتالوپرام در درمان انزال زورس انجام شد که هر دو دارو زمان تأخیر انزال را به صورت معنی دار افزایش داده بودند ولی از لحاظ آماری بین دو دارو به لحاظ افزایش تأخیر زمان انزال اختلاف معنی داری وجود نداشته است (۷)، در مطالعه دیگر که توسط آقای دکتر Jose P.T. Novaretti و همکارانش صورت گرفته است. فلوکستین این زمان را به ۳۵/۱۹۹ ثانیه با ($P < 0/001$) افزایش داد این نتیجه معنی دار در ۶۸٪ افراد اتفاق افتاد (۱۱). در مطالعه دیگری که توسط آقای Hackett و همکارانش انجام شد. تاثیر یک اثر وسل موضعی لیدوکائین-پرلیکائین در درمان انزال زودرس بررسی شد که ۴/۲

و آگاهی مردم نسبت به این بیماری افزایش یابد و مردم به موقع جهت درمان مراجعه کنند. همچنین پیشنهاد می شود برای جوانان قبل از مراسم ازدواج کلاس های آگاه سازی تشکیل گردد. همچنین علاوه بر درمان دارویی سایر درمان ها مانند روان درمانی، کار درمانی و رفتار درمانی انجام شود و در این رابطه نیز مطالعات بیشتری انجام شود. در مورد نتایج درمانی این مطالعه توصیه می شود که ابتدا درمان با روش ۴ ساعت قبل از نزدیکی شروع شود که عوارض کمتری دارد و در صورت عدم پاسخ به درمان از روش دیگر استفاده کنیم.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پرسنل و بیماران کلینیک ارولوژی بیمارستان امام رضا (ع) و به خصوص جناب آقای دکتر سید یونس مشیریان و مهدی اکبرزاده که در نگارش و آنالیز آماری ما را یاری نمودند متشکریم.

و اجتماعی که در جامعه ایران وجود دارد بسیاری از بیماران جهت درمان مراجعه نمی کنند و احساس خجالت و شرم زدگی می کنند. از مشکلات دیگر عدم اطلاع رسانی عمومی به مردم جامعه از طریق رسانه ملی و روزنامه ها و اینترنت می باشد همچنین بسیاری از بیماران جهت پیگیری مجدد و بررسی پاسخ به درمان مراجعه نمی کردند. یکسری از بیماران نیز به علت ایجاد عوارض دارویی و عدم پاسخ به درمان به این مرکز مراجعه نکردند.

از نقاط قوت این مطالعه بررسی مقایسه ای دو روش دارویی و همچنین بررسی و مقایسه عوارض دو روش دارویی با یکدیگر که برای اولین بار در این مطالعه انجام شد. پیشنهادات ما درباره انزال زورس و همچنین درمان به موقع آن، افزایش سطح آگاهی و اطلاعات افراد جامعه را از طریق رسانه ملی، روزنامه ها، اینترنت و همچنین برگزاری سمینار و کنفرانس های پزشکی برای پزشکان عمومی که بیشترین ارتباط را با بیماران دارند می باشد تا شناخت

References

- 1- Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. Drug.2007;67 (4): 547-68
- 2- Clement P, Giuliano F. Serotonin and premature ejaculation: from physiology to patient management. Epub 2006 Jun 19. PMID: 16844284 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 3- Kaplan & Sadocks comprehensive text book of psychiatry. Sadok B, Sadok v. Chapter 18. 8th Edition 2005. vol -1B. P (1921)
- 4- Althof SE, McMaho CG, An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. 2008 Jul;5 (7): 1590-606. PMID: 18466262 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 5- Campbells' walsh urology. kavoussi L, Novick A. Chapter 18. Schlegel P, Hardy M. 9th edition 2006 vol - I P (90)
- 6- Smiths general urology. Tanagho E, Mcaninch J, Chapter 47. lue T. 15th edition 2004 p (794)
- 7- Rezakhaniha B, Siroosbakht S. Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitor in patient with premature ejaculatoin. IJRM 2010, 8 (2): 55-59
- 8- Katzung and Terur pharmacology. Terur A, Katzung B. 7th edition 2005p (272-276)
- 9- Rezakhaniha B, Safarinejad MA. A survey of prevalence of sexual disorders and risk factors in patient who Referred in Urology ward in 501 Army Medical center 1383-84, JAMA2008, vol 4, P1041-1045
- 10- Mattos RM, Marmo lucan A, Srougi M. Tadalafil and fluoxetine in premature ejaculation: prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Urol Int. 2008;80 (2): 162-5.
- 11- Novaretti J, Pompeo A, Arap S. Selective serotonin RE-Uptake inhibitor in the treatment of premature ejaculation. Brazilian jornal of urology 28 (2): 116-122
- 12- Porest H, Premature ejaculation. J Urologe A 2009 jun, 48 (6): 663-4
- 13- Hackett g, Goldmeier d. Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE); A novel aerosol delivery from of lidocaine-prilocain for treating premature ejaculation, journal compilation 2006;369-375
- 14- Atmaca M. Kuiuoglu M. The efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation; a placebo-control study. International journal of impotence research 2002, 48 (3): 502-505
- 15- Sterassberg d, Roland d, Colmipramine in the treatment of rapid premature ejaculation. Journal of sex & marital therapy, 1999, 25: 89-101
- 16- Hellstrom WJ. emerging teartments for premature ejaculation: focus on dapoxetine. neuropsychiatr dis treat. 2009;5: 32-46.

Comparative Study of Therapeutic Effects of Two Medicinal Procedures of Fluoxetine in Premature ejaculation

*Rezakhaniha. B; MD¹, Khoshdel. AR; MD²

Received: 13 Jul 2010

Accepted: 10 Oct 2010

Abstract

Objective: Comparative study of therapeutic effects of two medicinal procedures of fluoxetine 3 hours before coitus and each 12 hours, and declining symptoms of SSRI drugs in patients through decreasing dosage and therapeutic procedure in patients refer to 501 hospital and private clinic

Materials and methods: The procedure of this study is based on non stochastic clinical test without quasi drug group and a comparison from therapeutic effect and symptoms of two medicinal procedures of fluoxetine 4 hours before coitus and each 12 hours in premature ejaculation treatment in 88 patients refer to 501 hospital and private clinic. Patient were divided into two groups in peradventure manner. In first group, it is prescribed 20mg of fluoxetine daily 4 hours before coitus in 39 patients and in 2nd groups group, it is prescribed 20mg of fluoxetine each 12 hours before coitus in 49 patients. Finally it was analyzed data in SPSS software.

Findings: The average of ejaculation duration in fluoxetine group 4 hours after coitus before treatment was 139.97 Sec. that after 4 weeks of hospitalization reached to 225.25 and p.v: 0.0000 and after 8 weeks to 261.153 Sec. and p.v: 0.0000 and in compare with ejaculation duration between 4th and 8th weeks it gained p.v: 0.003. The average of ejaculation duration in fluoxetine group 12 hours after coitus before treatment was 107.04 Sec. that after 4 weeks of hospitalization reached to 294.08 and p.v: 0.0000 and after 8 weeks to 324.08 Sec. and p.v: 0.0000 and in compare with ejaculation duration between 4th and 8th weeks it gained p.v: 0.029. In comparing ejaculation duration between 2 groups' fluoxetine 4 hours before coitus (t=225.25) and each 12 hours (t=294.08) in 4th week after treatment it gained p.v: 0.03. In comparing ejaculation duration between 2 groups' fluoxetine 4 hours before coitus (t=261.153) and each 12 hours (t=324.08) in 8th week after treatment it gained p.v: 0.0000. Symptom measure in fluoxetine group 4 hours before coitus 12.8% and symptom measure in fluoxetine group 12 hours before coitus 44.9% and p.v: 0.001.

Conclusion: In this study, both drug method improved ejaculation duration but in 2nd group it was considerably higher than the 1st one. Also from symptom point of view, symptoms in fluoxetine group each 12 hours was considerably higher than group with 4 hours before coitus.

Keywords: impotence, premature ejaculation, fluoxetine, selective serotonin reuptake inhibitor

1- (*Corresponding Author) Assistant Professor, Aja University of Medical Sciences, Medical Faculty, Dept. of Urology, Tehran, Iran.
Tel: 021-88028831 E-mail: bi_rezakhaniha@armyums.ac.ir

2- Assistant Professor, Aja University of Medical Sciences, Medical Faculty, Dept. of Clinical Epidemiology Tehran, Iran.