



中华中医药学会标准

T/CACM ×××—201×

中医治未病实践指南 老年性功能障碍

Guidelines of practice with prevention of Traditional Chinese Medicine
—Elderly sexual dysfunction

(公开征求意见稿)
(2016年12月31日)

201×-××-××发布

201×-××-××实施

中华中医药学会 发布

目 次

前言..... III

引言..... IV

1 摘要..... 1

1.1 关键问题..... 1

1.2 证据质量和推荐等级..... 1

1.3 主要推荐意见..... 1

2 简介..... 2

2.1 本指南制定的目标..... 2

2.2 本指南制定的目的..... 2

2.3 本指南的适用人群..... 2

2.4 本指南适用的干预范围..... 2

3 概述..... 2

3.1 定义..... 2

3.2 发生率和危险因素..... 2

4 临床特点..... 3

4.1 原因..... 3

4.2 表现..... 3

4.3 辅助检查..... 3

4.3.1 血液及尿液检查..... 3

4.3.2 激素..... 3

4.3.3 特殊检查..... 3

5 判定标准..... 4

5.1 西医判定标准..... 4

5.1.1 年龄..... 4

5.1.2 病史..... 4

5.1.3 体格检查..... 4

5.1.4 实验室检查..... 4

5.1.5 特殊检查..... 4

5.1.6 神经系统检查..... 4

5.2 分级标准..... 4

5.3 中医判定依据..... 4

5.4 中医辨证分型标准..... 5

5.4.1 命门火衰..... 5

5.4.2 心脾两虚..... 5

5.4.3 脾肾亏虚..... 5

5.4.4 阴阳两虚..... 5

5.4.5	肾虚血瘀	5
5.4.6	肝郁肾虚	5
5.4.7	心肾惊恐	5
5.4.8	痰湿阻络	5
5.4.9	湿热下注	6
6	中医药干预和推荐方案	6
6.1	中医药干预原则和方法	6
6.1.1	干预原则	6
6.1.2	干预方法	6
6.1.3	干预时机	6
6.2	主要结局指标	6
6.2.1	中医药干预老年勃起功能障碍的主要结局	6
6.2.2	卫生经济学评价	6
6.2.3	不良反应及安全性评价	6
6.3	推荐方案	6
6.3.1	辨证分型干预	6
6.3.2	中成药	8
6.3.3	针刺	9
6.3.4	其他干预	9
6.3.5	预防与调摄	10
	参考文献	12

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由中华中医药学会提出并归口。

本标准由福建中医药大学附属第二人民医院负责起草，福建中医药大学附属康复医院、福建中医药大学附属福州中医院参加起草。

本标准主要起草人：黄俊山、吴成翰、周小炫、谢敏、林菊珊。

引 言

随着我国人口老龄化进程的加快以及人们生活水平的提高,老年人群也越来越重视生活质量,包括性生活质量。老年性功能障碍不仅是一个直接影响老年人身心健康的个人问题,而且是一个影响家庭和和睦幸福的社会问题,早期预防及干预对防治老年性功能障碍的发生、发展和预后具有重要意义。“未病先防,既病防变,既病防复”是祖国传统医学“治未病”学术思想的核心,随着各级医疗单位治未病中心(科室)的逐步开展,中医治未病临床实践越来越受到医务工作者的重视。目前临床尚缺乏统一的规范化、客观化的中医药预防、干预老年性功能障碍的实践标准。为发扬中医治未病学术优势,规范老年性功能障碍的中医药预防保健和干预过程,进一步改善老年人群的生活质量,有必要制定老年性功能障碍的中医治未病实践指南标准。

本次中医治未病实践指南作为中医“治未病”领域的首次指南标准有别于临床常见的诊疗指南,由于其自身特点,在制定过程中需要大量的探索研究。老年性功能障碍包括勃起功能障碍、性欲障碍、射精障碍、感觉障碍等多项内容,为按时高质量地完成本次指南制定任务,尽可能大地提高指南的临床应用价值,根据前期文献研究及调研,本次主要制定老年性功能障碍的“老年勃起功能障碍”部分,旨在按照 GB/T 1.1-2009 给出的基础标准,结合中医治未病实践的自身特点,对老年勃起功能障碍的定义、临床特点、判定标准、干预原则、预防干预方法等做出明确规定或推荐。预防与调摄作为本次指南的重要推荐内容,在推荐方案中做了较详细的推荐,本次制定将该部分内容置于推荐方案的最后,不表示其推荐强度弱。

中医治未病实践指南 老年性功能障碍

1 摘要

1.1 关键问题

本部分指南旨在为临床工作者提供中医治未病预防干预老年性功能障碍——“老年勃起功能障碍”的可靠证据。指南的主要内容包括老年勃起功能障碍的简要介绍，中医预防干预老年勃起功能障碍的基本原则和推荐方案。

1.2 证据质量和推荐等级

Delphi 分级标准（中医）修订版

推荐级别	研究课题分级
A 至少有 2 项 I 级研究结果支持	I 大样本，随机研究，结果清晰，假阳性或假阴性的错误很低
B 仅有 1 项 I 级研究结果支持	II 小样本，随机研究，结果不确定，假阳性和/或假阴性的错误较高
C 仅有 II 级研究结果支持	III 非随机，同期对照研究和古今中医专家共识
D 至少有 1 项 III 级研究结果支持	IV 非随机，历史对照和当代中医专家共识
E 仅有 IV 级或 V 级研究结果支持研究	V 病例报道，非对照研究和专家意见

1.3 主要推荐意见

推荐意见	推荐级别
<p>干预原则</p> <p>老年勃起功能障碍者，年高体衰，常伴有动脉硬化、高脂血症、糖尿病等老年病，其虚症、虚实夹杂证占多数。临床应抓住正虚或正虚邪实这一病机核心，虚者当补，实者当泻，无火者当温，有火者当清，正虚邪实者，应标本兼治，祛实补虚。在辨证干预的同时，应始终重视对老年勃起功能障碍者的心理调摄，以达到身心并调的状态。</p>	E (专家共识)
<p>推荐方案</p> <p>1. 辨证分型干预：</p> <p>命门火衰、阴阳两虚、肝郁肾虚、湿热下注分别选用右归丸、二仙汤、四逆散合八味地黄汤、龙胆泻肝汤为主方加减。</p> <p>心脾两虚、脾肾两虚、肾虚血瘀、心肾惊恐、痰湿阻络分别选用归脾汤、还少丹、肾气丸合桃红四物汤、启阳娱心丹、僵蚕达络饮为主方加减。</p> <p>2. 中成药：</p> <p>疏肝益阳胶囊。</p> <p>五子衍宗丸、六味地黄丸。</p> <p>右归丸、蚕蛹补肾胶囊、人参归脾丸、还少丹、苍附导痰丸、龙胆泻肝丸。</p>	D E B D E

3. 针灸：	
体针：以关元、肾俞、三阴交为主穴。	E
艾灸：取气海、关元、三阴交，采用温和灸。	E
耳针：取精宫、外生殖器、睾丸、内分泌。	E
4. 中医心理干预：情志疏导疗法。	D
5. 推拿按摩：	
穴位推拿：取气海、关元、中极。	D
腹部按摩。	E
阴囊按摩。	E
生殖器按摩。	E
6. 传统功法	
太极拳。	C
五禽戏。	D
7. 药膳食疗	E
8. 中药外治	E
9. 预防与调摄	E

2 简介

2.1 本指南制定的目标

根据现有的临床证据、古代文献证据及临床专家经验，经专家多次讨论，制定出临床实用性较强的老年勃起功能障碍的中医治未病实践指南。

2.2 本指南制定的目的

促进中医治未病实践在老年勃起功能障碍的干预及预防保健过程中的规范性，为临床预防、干预老年勃起功能障碍提供可靠证据，确保干预及预防保健过程的安全性及有效性。

2.3 本指南的适用人群

本指南不仅适用于执业（助理）中医师、治未病科（中心）的医疗、卫生、保健等专业人员，对老年勃起功能障碍者及关注老年健康的公众也具有指导意义。

本指南应用的目标环境包括各级医院治未病科（中心）、有中医类别专业医师的基层、社区、医院科室及医院，治未病相关的科研及评价机构。

2.4 本指南适用的干预范围

本指南适用于老年男性勃起功能障碍者，同时适用于老年勃起功能障碍的早期预防。

3 概述

3.1 定义^[1-3]

老年勃起功能障碍是指 60 岁及以上的老年男性在性刺激下，持续地不能达到或维持足够硬度的阴茎勃起以完成满意的性交，持续 3 个月以上者。需排除阴茎发育不良、药物源性因素引起的性交不能。

3.2 发生率和危险因素

勃起功能障碍是男性较常见的性功能障碍。美国马萨诸塞男性增龄研究资料显示勃起功能障碍的发

病随年龄的增长而增加,40~70岁男性勃起功能障碍患病率为52%^[4]。流行病学调查显示^[5],70~79岁老年人勃起功能障碍患病率为轻度12.99%、中度20.44%、重度55.35%。近年有资料报道,70岁的患者发生勃起功能障碍的比例达到70%^[6]。在我国,一项针对三个城市2226例男性勃起功能流行病学调查显示^[7],61~70岁者勃起功能障碍的发病率为65.3%,而70岁以上者患病率达70.6%,是40岁以下者的2.5倍。另一项针对北京地区764例老年男性的调查显示^[8],60岁以上者勃起功能障碍的发生率高达89.4%,其中轻度6.7%、中度18.6%、重度28.4%。研究显示,勃起功能障碍的发生除与年龄密切相关外,还与肥胖、糖尿病、血脂异常、代谢综合征、缺乏锻炼及吸烟等因素有关^[9-11]。

4 临床特点

4.1 原因

老年勃起功能障碍的发生与年老体衰,禀赋不足,劳伤久病,七情失调,饮食不节等因素息息相关。情志失调是老年勃起功能障碍发生的主要原因之一,多表现为惊恐、忧郁和思虑三个方面。

4.2 表现

老年勃起功能障碍的主要表现为老年男子性交时,阴茎痿而不举,或举而不坚,或坚而不久,无法进行满意的性生活,常伴有神疲乏力、腰膝酸软、畏寒肢冷、夜寐不安、精神苦闷、胆怯多疑、小便不畅或滴沥不尽等表现。常有久病体弱、情志不畅等病史。

4.3 辅助检查

4.3.1 血液及尿液检查

血常规化验均正常。伴有糖尿病者可见空腹血糖升高,血脂代谢异常者可见高低密度脂蛋白异常,伴肝肾疾病者可见肝肾功能检测异常。

4.3.2 激素

勃起功能障碍可见血睾酮水平降低;催乳素水平异常升高应怀疑存在高泌素血症,性欲与勃起功能障碍同时下降时,应怀疑垂体肿瘤;伴甲状腺功能亢进或低下时,可见血T3和T4水平异常。

4.3.3 特殊检查

4.3.3.1 夜间阴茎胀大试验:人正常的夜间勃起参数:每夜勃起频率为3~6次,每次勃起持续时间为10~15min。阴茎根部胀大周径约3cm,阴茎头部约2cm。勃起硬度>70%为正常勃起,40%~70%为无效勃起,硬度<40%为无硬度勃起。

4.3.3.2 海绵体血管活性物质注射试验:注药后一般在8~10min有大于90°(站立位阴茎与大腿的夹角)勃起,并持续30分钟以上,收缩盆底肌肉有阴茎运动者,说明硬度好,无血管病变。在15min后60°以下提示血管性勃起功能障碍;60°~90°为可疑血管病变。

4.3.3.3 彩色超声多普勒检查:阴茎动脉收缩最大血流速率<25cm/s时,提示阴茎动脉供血不足;阴茎动脉舒张末期血流速率>5cm/s时,提示阴茎静脉闭合功能不全。

4.3.3.4 阴茎海绵体造影术:对海绵体血管活性物质注射试验提示有静脉痿者,通过海绵体造影术进一步明确静脉痿的部位。

4.3.3.5 选择性阴茎动脉造影:对怀疑有动脉性勃起功能障碍者,考虑阴茎动脉供血不足者,经药物治疗无效须行血管重建术者。

4.3.3.6 阴茎海绵体侧压:是诊断静脉性勃起功能障碍的有效方法,临床诊断指标有诱导勃起的灌注率和维持勃起的灌注率。

4.3.3.7 神经系统检查:如阴茎感觉阈值测定、球海绵体反射潜伏期测定、阴茎海绵体肌电图、躯体感觉诱发电位及括约肌肌电图等。

5 判定标准

5.1 西医判定标准[参考中华医学会男科学分会《男子勃起功能障碍诊治指南》(2004年)]

5.1.1 年龄

男性年龄达60周岁及以上。

5.1.2 病史

5.1.2.1 性生活史 勃起功能障碍的诊断主要基于患者的主诉,但多数患者难于启齿。选择一个宽松而且能保护患者隐私的就诊环境,告知患者勃起功能障碍是一种常见疾病,说明勃起功能障碍常和心血管疾病有很多共同的危险因素,如高血压、血脂异常和吸烟等,诊治勃起功能障碍有可能发现临床尚无症状但正在进展的疾病(如冠心病等)线索,并强调目前有许多治疗勃起功能障碍有效的、简便的方法可供选择,让病人能够坦然地与医生讨论勃起功能障碍。也可给有一定文化程度的患者提供一张性功能问卷(勃起功能中国问卷-5, CIEF-5 或勃起功能国际问卷-5, IIEF-5),使患者在与医生交谈前有时间单独回答有关问题,便于医生进一步了解患者的性生活史。通过与患者接触,了解患者的需求、期望及对各种治疗方法的意向。同时,应尽可能让患者的配偶参与到勃起功能障碍患者的诊断、评估和治疗中来。

5.1.2.2 既往病史 多数勃起功能障碍者与一种或多种慢性疾病、药物及生活方式密切相关,有些病例可同时存在几种病因或危险因素。

5.1.2.3 用药史及不良生活方式。

5.1.3 体格检查

5.1.3.1 一般体格检查。

5.1.3.2 特殊体格检查 第二性征,生殖系统,外周血管与神经系统等。

5.1.4 实验室检查

根据患者的病史和当地医疗条件选择有关检查。

5.1.4.1 血液及尿液检查 包括血常规、尿液常规、血糖、肝肾功能、血脂。

5.1.4.2 激素 包括睾酮、催乳素、卵泡刺激素、黄体生成素等。

5.1.5 特殊检查

特殊检查用于口服药物无效而需实行相应创治疗、患者要求明确勃起功能障碍原因、涉及法律与交通事故鉴定等,根据需要选择性进行相关特殊检查。包括夜间阴茎胀大试验、海绵体血管活性物质注射试验、彩色超声多普勒检查、阴茎海绵体造影术、选择性阴茎动脉造影、阴茎海绵体侧压等。

5.1.6 神经系统检查

包括阴茎感觉阈值测定、球海绵体反射潜伏期测定、阴茎海绵体肌电图、躯体感觉诱发电位及括约肌肌电图等。

5.2 分级标准

参照美国国立卫生研究机构共识小组制定的标准暨勃起功能指数评分(Index of International Erectile Function, IIEF)标准,并根据近6个月的情况评估:总分 ≥ 22 分为正常, ≤ 21 分判定存在勃起功能障碍,12-21分为轻度,8-11分为中度,5-7分为重度。

5.3 中医判定依据[参考中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)“阳痿”的诊断依据]

5.3.1 老年男性,在性生活时阴茎不能勃起,或勃而不坚,不能进行正常性生活。

5.3.2 多有房事太过,或青少年期多犯手淫史。常伴有神倦乏力,腰酸膝软,畏寒肢冷,或小便不畅,滴沥不尽等症。

5.3.3 排除性器官发育不全,或外伤、药物引起的阳痿;排除生理性机能减退。

5.4 中医辨证分型标准^[12-27]

5.4.1 命门火衰

主症：阳事不举，或举而不坚，腰膝酸软，畏寒肢冷。

次症：面色恍白，精神萎靡，头晕耳鸣，阴部冷凉，尿频清长。

舌象：舌质淡胖，苔白。

脉象：脉沉细。

5.4.2 心脾两虚

主症：阳痿不举，或举而不坚，神疲气短，失眠多梦。

次症：怔忡健忘，面色萎黄，不思饮食，腹胀便溏。

舌象：舌质淡，苔薄白。

脉象：脉细弱。

5.4.3 脾肾亏虚

主症：阳痿不举，或举而不坚，腰膝酸软，神疲乏力。

次症：，头晕耳鸣，纳少便溏，夜尿频多，小便清长。

舌象：舌质淡胖或有齿痕，苔白润。

脉象：脉沉弱。

5.4.4 阴阳两虚

主症：阳事不举，遗精早泄，畏寒肢冷，五心烦热。

次症：神疲，眩晕耳鸣，心悸腰酸。

舌象：舌瘦质红，少津。

脉象：脉沉细数。

5.4.5 肾虚血瘀

主症：阳痿不举，或举而不坚，经久不愈，腰膝酸痛，睾丸刺痛。

次症：神疲乏力，头晕耳鸣，少腹、会阴时有胀痛，小便清长。

舌象：舌质淡暗，或有瘀斑瘀点。

脉象：脉沉涩或弱。

5.4.6 肝郁肾虚

主症：阳痿不举，或举而不坚，胸闷胁胀，腰膝酸软。

次症：焦虑紧张，善太息，遗精早泄，头晕乏力。

舌象：舌质暗红，苔薄白。

脉象：脉弦细。

5.4.7 心肾惊恐

主症：阴茎不举，或因惊恐所致，房事时心悸怔忡，胆怯多疑。

次症：多有房事惊吓史，精神苦闷，失眠多梦易惊，腰膝酸软无力。

舌象：舌质淡，苔薄白。

脉象：脉弦细。

5.4.8 痰湿阻络

主症：阴茎痿软，勃起迟缓、不良，痰涎壅盛。

次症：肢体困重，胸闷心悸，目窠微浮，胃脘痞满。

舌象：舌质淡，苔白腻。

脉象：脉滑。

5.4.9 湿热下注

主症：阳事不举，或举而不坚，阴部潮湿。

次症：胸胁胀痛，下肢酸重，口苦泛恶，尿黄。

舌象：舌质红，苔黄腻。

脉象：脉滑数。

6 中医药干预和推荐方案

6.1 中医药干预原则和方法

6.1.1 干预原则

老年勃起功能障碍者，年高体衰，常伴有动脉硬化、高脂血症、糖尿病等老年病，其虚证、虚实夹杂证占多数。临床须抓住正虚或正虚邪实这一病机核心，虚者当补，实者当泻，无火者当温，有火者当清，正虚邪实者，则应标本兼治，祛实补虚。在辨证干预的同时，应始终重视对老年勃起功能障碍者的心理调摄，以达到身心并调的状态。

6.1.2 干预方法

以中医理论为指导，根据老年勃起功能障碍者中医体质辨识的偏颇状态与表现特征，予以相应的干预措施。

6.1.3 干预时机

中医药干预老年勃起功能障碍应早期预防和干预，改善其预后情况。

6.2 主要结局指标

6.2.1 中医药干预老年勃起功能障碍的主要结局

中医药干预老年勃起功能障碍以改善阳痿症状和性生活的结局为主。

6.2.2 卫生经济学评价

中医药干预老年勃起功能障碍的经济性价比高。老年勃起功能障碍的中医药干预成本优于常规西医治疗。

6.2.3 不良反应及安全性评价

在目前检索文献中，尚未有对中医药干预老年勃起功能障碍的严重不良反应及安全性的相关报道。

6.3 推荐方案

6.3.1 辨证分型干预

6.3.1.1 命门火衰（推荐级别：D）^[28]

干预方法：温肾壮阳。

方药：右归丸（《景岳全书》）加减。

基本方：附子、肉桂、鹿角胶、山药、熟地黄、山萸肉、枸杞子、杜仲、菟丝子、当归。

加减：火衰不甚，精血薄弱者，可予左归丸；气虚甚者，加人参、黄芪；阳痿病久，病情较重者，加淫羊藿、阳起石以增强温肾助阳之功。

6.3.1.2 心脾两虚（推荐级别：E）^[29]

干预方法：健脾养心，补益气血。

方药：归脾汤（《正体类要》）加减。

基本方：人参、黄芪、白术、当归、龙眼肉、茯苓、酸枣仁、远志、木香、甘草、生姜、大枣。

加减：心悸不宁者，加龙骨、牡蛎以镇心安神；纳差者，加神曲、山楂以健脾和胃。

6.3.1.3 脾肾亏虚（推荐级别：E）^[27,30-31]

干预方法：健脾益肾，温阳起痿。

方药：还少丹（《洪氏集验方》）加减。

基本方：熟地黄、山茱萸、山药、枸杞子、五味子、巴戟天、肉苁蓉、牛膝、杜仲、小茴香、楮实子、茯苓、石菖蒲、远志。

加减：神疲气短，便溏自汗者，加黄芪以补中益气；脾肾阳虚而久泻不愈者，加四神丸以温肾暖脾止泻。

6.3.1.4 阴阳两虚（推荐级别：D）^[29, 32-34]

干预方法：温肾益精，通络振痿。

方药：二仙汤（《中医方剂临床手册》）加减。

基本方：仙茅、仙灵脾、巴戟天、当归、黄柏、知母。

加减：肾精不固，滑精频繁者，加沙苑蒺藜、芡实、莲须以固精补肾。

6.3.1.5 肾虚血瘀（推荐级别：E）^[27, 35]

干预方法：补肾助阳，活血通络。

方药：肾气丸（《金匱要略》）合桃红四物汤（《医全元戎》）加减。

基本方：熟地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、丹皮、桂枝、附子、当归、熟地黄、川芎、白芍、桃仁、红花。

加减：阴部发冷者，加淫羊藿、补骨脂以增补肾壮阳之功；会阴刺痛者，加三七、延胡索加强活血化瘀止痛；偏气虚血瘀者，桃红四物汤改补阳还五汤化裁；偏气滞血瘀者，桃红四物汤改血府逐瘀汤化裁。

6.3.1.6 肝郁肾虚（推荐级别：D）^[36]

干预方法：疏肝解郁，补肾兴阳。

方药：四逆散（《伤寒论》）合八味地黄汤（《辨证录》）加减。

基本方：柴胡、枳实、芍药、甘草、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓、川芎、肉桂。

加减：气郁甚者，加香附、郁金以理气解郁；阴虚火旺者，加知母、黄柏、玄参以滋阴降火。

6.3.1.7 心肾惊恐（推荐级别：E）^[27, 37]

干预方法：益肾补肝，壮胆宁神。

方药：启阳娱心丹（《辨证录》）加减。

基本方：人参、白术、菟丝子、当归、白芍、山药、远志、茯神、石菖蒲、神曲、柴胡、陈皮、砂仁、枣仁、甘草。

加减：惊悸不安甚者，加琥珀、朱砂以重镇安神；腰膝酸软无力，偏于肾虚者，加杜仲、肉苁蓉、锁阳以补肾助阳。

6.3.1.8 痰湿阻络（推荐级别：E）^[16-18]

干预方法：化痰祛湿通络。

方药：僵蚕达络饮（《中医男科学》）加减。

基本方：白僵蚕、苍术、半夏、陈皮、路路通、茯苓、防己、黄芪、桂枝、露蜂房、九香虫、栝蒌、薏苡仁、生蒲黄。

加减：痰湿盛而胀满者，加枳实、厚朴以加强化痰理气之功；兼脾胃虚弱者，加党参、白术健脾和中。

6.3.1.9 湿热下注（推荐级别：D）^[38-39]

干预方法：清热利湿，泻肝起阳。

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减。

基本方：龙胆草、栀子、黄芩、泽泻、木通、当归、生地黄、柴胡、车前子、甘草。

加减：阴部潮湿瘙痒较甚者，加地肤子、蛇床子以燥湿止痒；后期湿热已除，苦寒之品当减，少加沙苑蒺藜、菟丝子；若见湿热久恋，灼伤肾阴，阴虚火旺者，合用知柏地黄丸以滋阴降火。

6.3.2 中成药

6.3.2.1 右归丸（推荐级别：E）^[16,19]

药物组成：熟地黄、附子、肉桂、山药、山茱萸、菟丝子、鹿角胶、枸杞子、当归、杜仲。

功能主治：温补肾阳，填精止遗。用于肾阳不足，命门火衰之阳痿。

用法用量：口服，每次 6~9g，每日 3 次。

6.3.2.2 蚕蛹补肾胶囊（推荐级别：E）^[40]

药物组成：雄柞蚕蛹、刺五加、海龙、熟地黄、淫羊藿、枸杞子。

功能主治：温肾助阳，生精益髓。用于肾阳虚衰所致之阳痿。

用法用量：饭后口服，每次 2 粒，每日 2 次。

6.3.2.3 五子衍宗丸（推荐级别：D）^[16,19,41]

药物组成：枸杞子、菟丝子、覆盆子、五味子、车前子。

功能主治：补肾益精。用于肾虚遗精、阳痿早泄、小便后余沥不尽。

用法用量：口服，水蜜丸每次 6g，每日 2 次。

6.3.2.4 人参归脾丸（推荐级别：E）^[14]

药物组成：人参、白术、茯苓、甘草、黄芪、当归、木香、远志、龙眼肉、酸枣仁。

功能主治：益气补血，健脾养心。用于心脾两虚所致的阳痿。

用法用量：口服，每次 1 丸，每日 2 次。

6.3.2.5 还少丹（推荐级别：E）^[26]

药物组成：熟地黄、山茱萸、山药、山茱萸、枸杞子、五味子、巴戟天、肉苁蓉、牛膝、杜仲、小茴香、楮实子、茯苓、石菖蒲、远志。

功能主治：温肾补脾，养血益精。用于脾肾虚损所致的阳痿。

用法用量：口服，每次 6~9g，每日 2 次。

6.3.2.6 疏肝益阳胶囊（推荐级别：B）^[42]

药物组成：蒺藜、柴胡、蜂房、地龙、水蛭、九香虫、紫梢花、蛇床子、远志、肉苁蓉、菟丝子、五味子、巴戟天、蜈蚣、石菖蒲。

功能主治：疏肝解郁，活血补肾。用于肝郁肾虚和肝郁肾虚兼血瘀证所致之阳痿。

用法用量：口服，每次 4 粒，每日 3 次。

6.3.2.7 六味地黄丸（推荐级别：D）^[43]

药物组成：熟地黄、酒萸肉、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻。

功能主治：滋补肝肾。用于肝肾阴虚之阳痿。

用法用量：口服，每次 9g，每日 2 次。

6.3.2.8 苍附导痰丸（推荐级别：E）^[17]

药物组成：苍术、香附、陈皮、南星、枳壳、半夏、川芎、滑石、白茯苓、神曲。

功能主治：燥湿化痰。用于痰湿阻络所致的阳痿。

用法用量：淡姜汤送服，每次 10g，每日 2 次。

6.3.2.9 龙胆泻肝丸（推荐级别：E）^[16,19]

药物组成：龙胆、柴胡、黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子、当归、地黄、炙甘草。

功能主治：清肝胆，利湿热。用于湿热下注所致的阳痿。

用法用量：口服，每次 9g，每日 2 次。

6.3.3 针刺

6.3.3.1 体针（推荐级别：E）^[16, 19, 44]

主穴：关元、肾俞、三阴交。

配穴：肾阳不足加命门、腰阳关；肾阴亏虚加膏肓、太溪；心脾两虚加心俞、脾俞、足三里；惊恐伤肾加志室、胆俞；痰湿壅盛加阴陵泉、丰隆；湿热下注加中极、阴陵泉；气滞血瘀加膈俞、血海、太冲；失眠或多梦加内关、神门、心俞；食欲不振加中脘、足三里；腰膝酸软加志室、阳陵泉。

操作：主穴用补法；针刺关元穴时针尖略向下斜刺，使针感向前阴部放散。配穴按补虚泻实法操作。

6.3.3.2 艾灸（推荐级别：E）^[18]

取穴：气海、关元、三阴交。

操作：每次用艾条温和灸各 10 分钟，每日 2 次。5~7 天为 1 个疗程。

注意事项：老年勃起功能障碍阴虚有热者应慎用灸法。

6.3.3.3 耳针（推荐级别：E）^[19]

取穴：精宫、外生殖器、睾丸、内分泌。

操作：留针 10~30 分钟，隔日 1 次或埋针 3~5 天。

6.3.4 其他干预

6.3.4.1 中医心理干预：情志疏导疗法（推荐级别：D）^[45]

情志疏导疗法分为三个阶段：

（1）准备阶段：精心设计场景，分别单独听取患者和性伴侣的倾诉，知其所思、所苦、所恶。曲察隐情，详告病所由来，共同分析病因病机，释疑解惑，使患者增强愈病信心，提高依从性。此阶段治疗一次。

（2）疏导阶段：针对第一阶段所收集到的信息，辨情施治。

① 抑郁伤肝者重点在“宣”。宣者，宣发、疏通之意。根据其病因，开导解郁，宣畅情志，使肝气条达。肝气至，则阳道奋昂而振。

② 思虑损及心脾者重点在“释”。释者，解也，解除思虑。解除思虑太过的方法应通过灵活运用顺情纵欲，移情易性等法以排遣情思，改变心志顺从病人的意志、情绪，满足病人的心身需要，使病人怡悦开怀，心情舒畅，而病亦解。

③ 惊恐伤肾者重点在“思”。思者，思考，考虑也。《素问·阴阳应象大论》曰“恐伤肾，思胜恐”。具体方法为第一步立足病因，着重于性知识教育，使患者及配偶了解学习有关房事理论、房事技巧，增进夫妻间的沟通与交流，取得妻子对丈夫的理解、支持和配合，帮助丈夫克服恐惧情绪。第二步利用正确的道理来开导、引导患者进行思考，正确认识疾病的本质，让患者领悟到实际情况与自己错误认识相反，使其明白自己确实没有器质性及功能性问题。记录每次房事包括不成功时的内心感受，与临床治疗师讨论，并接受进一步的情志疏导，循环进行，直至成功地勃起和插入。此阶段治疗一次。

（3）巩固阶段：在成功地勃起和插入的基础上，针对患者进行个别引导。让患者知道性是一个自然的过程，不能为了某种目标而进行性活动。一个正常的人，也会偶尔有阴茎痿软，不应因为一次的失败负疚和过多地担心。进一步提高患者的心理素质以抵御外界的不良刺激。此阶段治疗一次。每周一次，每次一小时。

6.3.4.2 推拿按摩

（1）穴位推拿（推荐级别：D）^[46-47]

取穴：气海、关元、中极。

操作方法：按气海、关元、中极交序，依次由上至下逐穴施行推、揉、点、按等手法。反复操作

30 分钟，至患者自觉脐下有热感并向会阴部放散为宜。

(2) 腹部按摩（推荐级别：E）^[16, 26]

操作方法：沿着腹壁由剑突部向耻骨联合部推动，由浅至深，由轻而重，循序渐进，每次 100 下。其次用左右手掌由两胁部向脐部推动 50 次。

(3) 阴囊按摩（推荐级别：E）^[16, 26]

操作方法：医者用两手做擦搓状按摩精索 100 次，并擦搓睾丸，由轻而重，循序渐进，每次 100 下。

(4) 生殖器按摩（推荐级别：E）^[26]

操作方法：自行用三指在阴茎冠状沟处挤压，使阴器松弛后，再手淫，使其再度兴奋勃起，再挤压松弛，反复训练，每日 1 次或隔日 1 次。

6.3.4.3 传统功法

(1) 太极拳（推荐级别：C）^[48-49]。

(2) 五禽戏（推荐级别：D）^[50]。

注意事项：宜在相应功法医师、有经验的人指导下练习，切记急于求成。

6.3.4.4 药膳食疗

(1) 韭菜炒羊肝（推荐级别：E）^[16]

韭菜 90g，洗净切段；羊肝 120g 切片，铁锅急火炒熟后佐以醋食用。适用于命门火衰阳痿。

(2) 肉苁蓉炖羊肾（推荐级别：E）^[16]

肉苁蓉 5~10g，羊肾 1 对，共煮熟，调味服食。适用于命门火衰阳痿。

(3) 炖狗肉（推荐级别：E）^[16]

黄狗肉 500~1000g，洗净切块，加入大茴、小茴、桂皮、草果、生姜和盐各适量，于锅内炖熟，食肉喝汤。适用于脾肾阳虚之阳痿。

(4) 双鞭壮阳汤（推荐级别：E）^[26]

枸杞子 10g，菟丝子 10g，肉苁蓉 6g，牛鞭 100g，狗鞭 10g，羊肉 100g，母鸡肉 50g，花椒、老生姜、料酒、味精、猪油、食盐各适量。食肉喝汤，可佐食，亦可单食。适用于肾虚劳伤、肾气虚衰、阳痿不举者。

6.3.4.5 中药外治（推荐级别：E）^[19]

(1) 肾虚者，用蛇床子、韭菜子、淫羊藿、蜂房各等量，煎水候温浸泡阴茎，每晚 1 次，每次 15~20 分钟。

(2) 湿热者，用蛇床子、千里光、土茯苓、苦参、马鞭草适量，煎水候温浸泡阴茎，每晚 1 次，每次 10~15 分钟。

6.3.5 预防与调摄（推荐级别：E）^[16-17, 51]

6.3.5.1 畅情志 情绪要开朗，知足常乐，清心寡欲，摒除杂念，怡情养心。

6.3.5.2 调饮食 饮食有节，起居有常，勿以酒为浆、过食肥甘。

6.3.5.3 适房劳 切勿恣情纵欲，或过度手淫，勿在疲劳时行房。很多人认为老年人不能再想过性生活，再有性生活不利健康长寿。实际上老年人保持适当的性生活对健康有益，既能保持心情舒畅，对生活充满信心和乐趣，又能唤起自身免疫力，提高对疾病的抵抗力。老年人的性生活时间和方式可以根据身体状况进行调剂。

6.3.5.4 适度锻炼 坚持适量的运动锻炼，如散步等，以增强体质。

6.3.5.5 普及性教育 普及性知识教育，应正确认识和对待老年阶段的自然性生理周期变化，减轻对房事的焦虑心理，消除不必要的思想顾虑。

6.3.5.6 积极治疗其他疾病 积极治疗可能造成老年勃起功能障碍的疾病，避免服用可能引起阳痿的药物。

6.3.5.7 保持夫妻关系融洽，互相尊重，互相信任，互相交流情趣。妻子应温柔、体贴与主动，为性生活创造轻松、愉快、和谐的气氛。患病后，妻子应谅解、安慰和鼓励丈夫，积极配合丈夫治疗，切勿冷眼相讽。

参 考 文 献

- [1] National institutes of health consensus development panel on impotence. Impotence. JAMA, 1993, 270 (1): 83-90.
- [2] 朱积川. 男子勃起功能障碍诊治指南[J]. 中国男科学杂志, 2004, 18 (1): 68-72.
- [3] 郭军, 王瑞. 男性性功能障碍诊断与治疗 (第3版) [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 119.
- [4] Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study[J]. J Urol, 1994, 151 (1): 54-61.
- [5] May M, Gralla O, Knoll N, et al. Erectile dysfunction, discrepancy between high prevalence and low utilization of treatment options: Results from the Cottbus Survey with 10000 men[J]. BJU Int, 2007, 100 (5): 1110-1115.
- [6] MOLA JR. Erectile dysfunction in the older adult male[J]. Urol Nurs, 2015, 35 (2): 87-93.
- [7] 张庆江, 朱积川, 许清泉, 等. 三城市 2226 例男性勃起功能流行病学调查[J]. 中国男科学杂志, 2003, 17 (3): 191-193.
- [8] 邱智, 刘保兴, 李宏军, 等. 北京地区老年男性性生活现状初步调查. 中华男科学杂志, 2010, 16 (3): 223-226.
- [9] Salonia A, Castagna G, Saccà A, et al. Is erectile dysfunction a reliable proxy of general male health status? The case for the International Index of Erectile Function-Erectile Function domain. J Sex Med 2012, 9 (10): 2708-2715.
- [10] Buvat J, Maggi M, Gooren L, et al. Endocrine aspects of male sexual dysfunctions. J Sex Med 2010, 7 (4 Pt 2): 1627-1656.
- [11] Jackson G, Montorsi P, Adams MA, et al. Cardiovascular aspects of sexual medicine. J Sex Med 2010, 7 (4 Pt 2): 1608-1626.
- [12] 中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语·证候部分[M]. 上海科学技术出版社, 1997.
- [13] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社, 1994: 45.
- [14] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学 (第2版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 623-630.
- [15] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 359-371.
- [16] 王琦. 王琦男科学[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 1997: 223-252.
- [17] 徐福松. 徐福松实用男科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 287-308.
- [18] 徐福松, 刘承勇. 阳痿中医特色疗法[M]. 北京: 人民军医出版社, 2015: 67.
- [19] 秦国政. 中医男科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 223-232.
- [20] 秦国政, 骆斌. 勃起功能障碍中医体质学规律研究[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28 (4): 74-77.
- [21] 秦国政. 勃起功能障碍 (阳痿) 中医发病学规律研究[J]. 云南中医学院学报, 2003, 26 (4): 5-9.
- [22] 秦国政. 阳痿中医发病学和证候学规律新探—附 717 例流行病学调查分析[J]. 中国医药学报, 1999, 14 (6): 33-37.
- [23] 秦国政. 近 50 年中医研治阳痿述评——附 866 篇文献分析[J]. 中医文献杂志, 2000, (1):

37-38, 41-42.

[24] 薛建国, 樊千, 周玉春, 等. 勃起功能障碍病机证素分布、组合及演变规律的临床研究[J]. 中华男科学杂志, 2014, 20 (9): 830-833.

[25] 毕焕洲, 赵永厚. 阳痿中医诊治的循证医学研究[J]. 中国性科学, 2013, 22 (1): 47-51.

[26] 郭军, 王瑞. 男性性功能障碍诊断与治疗(第三版)[M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 234-260.

[27] 张蜀武, 王久源, 常德贵, 等. 中西医结合 ED 治疗规范[C]. //中国中西医结合泌尿外科专业委员会第四次学术会议、浙江省中西医结合泌尿外科男科专业委员会第三次学术会议暨泌尿外科男科疾病中西医研究新进展学习班资料汇编. 2003: 68-75.

[28] 朱锦祥. 右归丸加味治疗阴茎勃起功能障碍 30 例[J]. 福建中医药, 2005, 36 (3): 43.

[29] 高尚社. 国医大师任继学教授治疗阳痿验案赏析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9 (22): 3-5

[30] 孙志兴, 宁克勤. 温补脾肾法对中老年男性勃起功能障碍 IIEF 评分的影响[C]. //中华中医药学会第十一届男科学大会论文集. 2011: 313-315.

[31] 林宏洋. 徐福松教授治疗男子性功能障碍临床经验及用药特点[J]. 中医药研究, 2001, 17 (2): 32-33.

[32] 杨明, 陈经宝, 秦有, 等. 二仙汤联合万艾可治疗中老年人阴茎勃起功能障碍[J]. 中国男科学杂志, 2008, 22 (6): 48-49.

[33] 李伯. 蛇蜈二仙汤治疗高龄阳痿 57 例[J]. 安徽中医学院学报, 1998, 17 (5): 22-23.

[34] 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病勃起功能障碍中医诊疗标准[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6 (2): 180-184.

[35] 吴少刚. 王琦教授治疗血管性阳痿的思路与经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2000, 7 (3): 80-82.

[36] 门波, 王继成. 四逆散合八味地黄汤治疗阳痿 128 例临床观察[A]. 新编男科理论与临床——中华中医药学会第七届中医男科学大会; 全国中医男科临床与科研方法高级研修班; 2006 年云南省中医男科诊疗技术培训班讲义与论文集[C]. 中华中医药学会男科分会、云南省中医药学会、云南省中医医院、云南省中西医结合男科研究中心、云南省中医药学会男科专业委员会, 2006: 160-161.

[37] 郝树涛. 辨证治疗勃起功能障碍 54 例[J]. 山东中医杂志, 2004, 23 (1): 28-29.

[38] 冯志成. 龙胆泻肝汤联合盐酸曲唑酮治疗湿热型阳痿 28 例[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34 (12): 1760-1761.

[39] 傅陆. 龙胆泻肝汤加减治疗阳痿 86 例[J]. 国医论坛, 2003, 18 (1): 27-28.

[40] 王庆, 宁克勤, 黄新飞, 等. 蚕蛹补肾胶囊治疗老年勃起功能障碍 42 例[J]. 湖南中医杂志, 2011, 27 (2): 81-82.

[41] 史俊萍. 老年性阳痿病因、病机分析及运用脾肾还阳汤的临床研究[D]. 辽宁中医学院, 2003.

[42] 王琦, 杨吉相, 李国信, 等. 疏肝益阳胶囊治疗勃起功能障碍多中心随机对照试验[J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27 (4): 72-75.

[43] 叶纪伟, 武跃清. 安特尔西地那非联合六味地黄丸治疗中老年勃起功能障碍临床观察[J]. 中国伤残医学, 2014, 22 (1): 80-80.

[44] 石学敏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 253-254.

[45] 冯德勇. 情志疏导疗法治疗阳痿的理论与临床研究[D]. 广州中医药大学, 2009.

[46] 王长海. 推拿手法治疗阳痿 30 例[J]. 陕西中医, 1998, 19 (10): 461.

[47] 罗任波. 男科临证新探[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1993: 89.

[48] 沈鹤军, 景涛. 太极拳锻炼联合还少胶囊对心理性勃起功能障碍患者勃起功能及性激素水平的

影响[J]. 中医杂志, 2012, 53 (13): 1129-1132.

[49] 张玮, 洪熊. 太极拳运动对中老年男子性功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22 (1): 57.

[50] 景涛, 沈鹤军, 刘叶兰, 等. 左归丸联合“五禽戏”对心理性勃起功能障碍患者勃起功能及阴囊—睾丸温度的影响[J]. 中医杂志, 2012, 53 (23): 2017-2020.

[51] 曹开镛. 中医男科诊断治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2007: 79-81.
