مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (22) العدد (9) 2000
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (22) No (9) 2000

# اضطراب نعوظ القضيب وفشل الزوج في ليلة الزواج

الدكتور محمد كنعان*

(قبل للنشر في 1999/5/16)

## ☐ الملخّص ☐

*تناول البحث (45) مريضاً، عولجوا في الوحدة المهنية للأمراض الجراحية (البولية) في اللاذقية بين عامي 1990–1998م . يعانون من الفشل في ليلة الزواج نتيجة اضطراب بنعوظ القضيب.*

*بلغ متوسط العمر لدى هؤلاء المرضى (27) عاماً، تبين أن أنجع طريقة للعلاج عند مثل هؤلاء المرضى، هو الحقن ضمن الأجسام الكهفية للبروستاغلاندين $E_1$ (Caverject) بجرعة (20) ميكروغرام حيث كان النجاح في الوصول إلى نعوظ كافٍ، وكسر الحلقة النفسية (التثبيط النفسي) (100%) لذلك ينصح بالمعالجة المذكورة سابقاً في مثل هذه الحالات.*

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين اللاذقية - سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (22) العدد (9) 2000
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (22) No (9) 2000

# Erection disorders and coition failure in the wedding night

**Dr. Mohamad KANAN***

**(Accepted 16/5/1999)**

## ❐ ABSTRACT ❐

*The research included (45) patients treated in the urologic clinic in Lattakia between 1990-1998 , suffering from coition failure in the wedding night because of erection disorders.*

*The median average of age for those patients was (27) years. We concluded that the best treatment method for those patients was intracavernous injection of prostaglandin $E_1$ (Caverject) in a dose (20) micrograms, and the success of achieving proper erection for coition and breaking the psychological circle (psychological suppression) was (100%) , therefore the mentioned treatment is adviced in these cases.*

* Ass. Prof. at the Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**1- مقدمة:**

تتضمن الاضطرابات الجنسية عند الذكر العنّة، وسرعة القذف، وعدم القدرة على القذف، والتي يمكن أن تكون من منشأ نفسي (Benson and Boilean, 1991)

إن كلا المنبهات الجنسية الطبيعية، وحلقة الاستجابة الجنسية قد أُخذتا بعين الاعتبار حيث حدّد ( Fink 1984) أربعة أنواع للمنبهات النفسية الجنسية:

1- المنبهات الحسية
2- المنبهات الذهنية
3- المنبهات المكتسبة
4- الأوضاع الاجتماعية الخارجية

1. تتضمن المنبهات الحسية كلاً من الاحساسات المرئية، والسمعية، والشمية، واللمسية والتي يمكن أن تحدث الإثارة.
2. أما المنبهات الذهنية فغالباً ما تكون طليقة القيود الأخلاقية كالنزوات.
3. المنبهات المكتسبة، تتضمن مدى واسع القدرات، ويمكن أن تكون ذات منشأ ثقافي.
4. المنبهات أو الأوضاع الاجتماعية الخارجية: وهي تؤثر كمنبهات يمكن أن تتضمن ظروف العلاقات الجنسية، أو الحالة التي تكون عليها العلاقة في هذه اللحظة.

غالباً ما يكون الرجال المصابون بعنة بدئية مكبوتين جنسياً، أو ينتمون إلى بيئة عائلية دينية متشددة، حيث لا يناقش الجنس مطلقاً، أو أنه يؤخذ على أنه شيء آثم شرير ولا أخلاقي.

كما أن نشوء العنة النفسية الثانوية قليل الفهم، علاوة على ذلك قديماً كانت الأسباب متعددة، ويمكن أن تكون نهاية حصيلة اجتماع العوامل التالية:

عامل مزاجي، وعاطفي، وعائلي مؤثر، وعامل إدراك ثقافي، وعامل النضوج والعامل البيولوجي.

العنة النفسية الثانوية سريعة على نحو متميز في البداية، وذات طبيعة انتقائية، وهي تحدث في وضع واحد من الظروف، وليس في أوضاع أخرى.

لقد أعتبر الشعور بالقلق، من قبل العديد من الباحثين، على أنه سبب نهائي للعنة النفسية في المثل الشعبي إن الحدث الأولي في حالة عدم النعوظ يمكن أن يكون سبباً محدداً ومفسراً.

فإذا حاول الرجل المباشرة بلقاءٍ ثانٍ، فإنه سيفشل ثانيةً على الأرجح، وهكذا ندخل في حلقة مفرغة من الشعور بالقلق، وعدم النعوظ.

هذه العلاقة مهمة، لأن تثبيط الإثارة بما فيها الشعور بالقلق، أكثر قابلية للعلاج من تثبيط الشهوة الجنسية (الكرع) Libido.

فالرجال المصابون بتثبيط الإثارة، غالباً ما يأخذون على عاتقهم دور المشاهدين، ويبقون مشغولي البال بنعوظهم، وعملهم، وهم غالباً ما يمكن مساعدتهم بتدخل علاجي بسيط. في البداية يؤكد أخصائي المعالجة للمريض أن عدم النعوظ ناجم عن الشعور بالقلق، والذي هو غير مألوف، وغير دائم. ثم يشرح الأخصائي سبب شعور المريض بالقلق، عندما سيدرك المريض ذلك أخيراً، يُدرّب المريض على كيفية عمل مركز الإثارة المدرك بالحواس.

يبنى مركز الإثارة المدرك بالحواس على أنه، إذا استطاع الشخص أن يزيل التثبيط المكتسب، فإن النعوظ الطبيعي يصبح ممكن الحدوث.

وتبدأ طريقة عمل مركز الإثارة المدرك بالحواس، بلمس خفيف بعيداً عن المناطق التناسلية، ثم تترقّى تدريجياً إلى أن يتم الجماع (Levin, 1985) .

إن نقص الشهوة الجنسية نفسي المنشأ، يمكن ألا يكون حالةً نوعية أو تجاه شريكة معينة، هذه الميزة تساعد في تفريقها عن نقص الشهوة الناتجة عن أسباب أخرى.

عُزي كثير من الاهتمام بالوظيفة الجنسية الذكرية، واضطرابها إلى Kinsey وزملائه (Kinsey et al, 1948 )

لقد نتج عن زيادة أعداد المرضى، الذين ذرسوا، وعولجوا من أجل العنانة وعي جماهيري جديد للتقدم العلمي في هذا المجال خصوصاً، وأن ظهور المعالجة المقبولة، والموثوقة كان بين عامي 1970 و 1980

ومن أبرز طرق المعالجة الدوائية الحقن ضمن الأجسام الكهفية، واستعملت موادّ مختلفةً: البابافيرين، البابافيرين مع الفنتولامين و البروستاغلاندين $E_1$ وظهر مؤخراً الحماس الشديد لحقن البروستاغلاندين $E_1$ بسبب اختلاطات البابافيرين.

فالبابافيرين يؤدي إلى حوادث التهابية، وتغيرات تليّفية بشكل ملحوظ، وأكبر من تأثير البروستاغلاندين $E_1$ ($PGE_1$) في التجارب على الحيوان (Aboseif et al 1989, Stackl et al, 1988).

كما أن التجارب على الحيوان، أظهرت علاوة على ذلك إشارةً إلى سمّية كبدية للبابافيرين (Davila et al, 1990).

**2- أهمية البحث:**

من المعروف أن أحد أسباب اضطرابات نعوظ القضيب عند الرجل، هو السبب النفسي المنشأ. وفي مجتمعنا الاضطرابات التي تحصل لدى الرجل في ليلة الزفاف ليست بالقليلة مما ينعكس نفسياً، واجتماعياً عليه، وهذه المجموعة تتطلب الفهم الواضح للمشكلة، وإيجاد الحل لها وفي دراستنا هذه سنستعرض خبرة الوحدة المهنية للأمراض الجراحية (البولية) في اللاذقية بين عامي 1990-1998 في معالجة هذه الحالات للوصول إلى أفضل الطرق العلاجية لهذه المشكلة.

**3- المواد وطريقة البحث:**

تمت الدراسة على مرضى الوحدة المهنية للأمراض الجراحية (بولية) بين عامي 1990-1998 وذلك بالرجوع إلى أضابير المرضى في الوحدة المذكورة. حيث اختير الرجال الذين عانوا من اضطرابات جنسية (اضطراب النعوظ) في ليلة الزفاف، من منشأ نفسي، وذلك بعد أن تم التأكد بالفحص السريري، أنه لا توجد تشوهات جنسية، وكان فحص الأعضاء التناسلية، وتوزع الأشعار ضمن الحدود الطبيعية، وتم التأكد من عدم وجود أمراض، قد تسبب اضطرابات جنسية، أو سوابق تناول أدوية تؤثر على النعوظ.

بلغ عدد المرضى (45) مريضاً راجعوا الوحدة المذكورة بين عامي 1990-1998، وكانت خطة المعالجة على النحو التالي:

1- في البداية أتبعت الخطوة التي تعتمد على مركز الإثارة المدرك بالحواس، بعد أن أُجري الفحص السريري، والفحوص المتممة المطلوبة لنفي الأسباب العضوية، والدوائية. كما أنه قدّم الشرح الكافي للمريض عن طبيعة النعوظ، والتأكيد له بأنه خالٍ من الأمراض، وأن السبب من منشأ نفسي فقط في محاولة لإنهاء التثبيط لديه.
2- في حال فشل الخطوات السابقة، أُعطي المريض وصفة طبية مؤلفة من Vit E + A وحقنة عضلية من التستسترون المديد، وذلك بغاية الدعم النفسي من خلال عمل التستسترون على زيادة الرغبة لديه Libido.
3- في حال فشل الخطوتين السابقتين لجأنا للحقن ضمن الأجسام الكهفية مختارين البروستاغلاندين $E_1$ لسلامته بجرعة 20ميكروغرام ( Caverject 20 $\mu g$ ).

**4- <u>النتائج:</u>**

1) تراوحت أعمار المرضى بين (20-35) سنةً حسب الجدول (1).

**جدول (1) يبين توزع المرضى حسب العمر**

| العمر بالسنوات | 20 | 21 | 22 | 25 | 26 | 27 | 29 | 30 | 32 | 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| عدد المرضى | 5 | 1 | 1 | 5 | 2 | 15 | 5 | 5 | 5 | 1 |

**بلغ متوسط العمر 27 سنة.**

2) استجاب (5) مرضى من مجموع مرضانا الـ(45)، وبنسبة (11.1 %) للعلاج حسب الخطوة الأولى، أي بالتوعية، والشرح، واتباع الطريقة التي تعتمد على مركز الإثارة المدرك بالحواس، والاستجابة حدثت خلال أسبوع واحد.

3) استجاب (15) مريضاً من مرضانا الـ(45)، وبنسبة (33.33 %) للعلاج حسب الخطوة الثانية، أي بإعطاء الأدوية (Testosterone Depot + Vit E+A) للدعم النفسي والاستجابة حدثت خلال (3) أيام

4) تم حقن (25) مريضاً بالبروستاغلاندين $E_1$ (Caverject) ضمن الأجسام الكهفية بجرعة (20) ميكروغرام (حقنة وحيدة)، وتمت الاستجابة لهذه الجرعة الوحيدة لدى جميع المرضى الذين تمت معالجتهم بهذه الطريقة خلال يوم واحد، وجميع هؤلاء المرضى لم يحتاجوا إلى أية معالجة إضافية، أي بعد كسر الحلقة النفسية (التثبيط) والجدول (2) يبين المعالجة، حيث نتبين من هذا الجدول، أن أفضل الطرق العلاجية في كسر الحلقة النفسية (التثبيط)، هي الحقن ضمن الأجسام.

**جدول (2) يبين المعالجات المختلفة وعدد المرضى ومدة المعالجة**

| نوع المعالجة | عدد المرضى | مدة المعالجة حتى الاستجابة | النسبة المئوية من عدد المرضى الكلي |
|---|---|---|---|
| المجموعة الأولى بدون أدوية | 5 | 7 أيام | % 11.1 |
| **Testosterone Depot + Vit E+A** | 15 | 3 أيام | % 33.34 |
| حقن ضمن الأجسام الكهفية للبروستاغلاندين $E_1$ (Caverject) | 25 | يوم واحد | % 55.56 |
| المجموع | 45 | | % 100 |

**5 – مناقشة النتائج:**

مثل هذا البحث الخاص باضطرابات نعوظ القضيب لدى الرجل ليلة الزواج، لم نرَ في الأدب الطبي مثيلاً له، وهذا الاضطراب الجنسي له علاقة بالوضع الاجتماعي، والتربية الدينية، ونقص الوعي الجنسي (الثقافة الجنسية) لدى الشباب، لذلك لم نستطع المقارنة مع النتائج العالمية.

من المفيد التعرض لنتائج الباحثين العالميين حول استعمال المعالجة بالحقن ضمن الأجسام الكهفية للبروستاغلاندين $E_1$ ($PGE_1$) ، للاضطرابات الجنسية (اضطراب النعوظ) بأسباب مختلفة، وعائية، نفسية، عصبية، حيث بلغت نسبة الاستجابة لدى أكثر من 62% من المرضى عندما حقنوا ضمن الأجسام الكهفية (PORST, 1993) .

في الأدب الطبي هناك (27) باحثاً بحثوا نتائج المعالجة بالحقن ضمن الأجسام الكهفية للبروستاغلاندين $E_1$ ($PGE_1$) بجرعة (5–40) ميكروغرام، وكان مجموع المرضى (10353) مريضاً، وكانت الاستجابة لدى (7519) مريضاً أي بنسبة (72.6 %) (PORST, 1996).

وفي دراسة خاصة لـ (PORST, 1996) حيث بلغ مجموع مرضاه (4577) مريضاً عولجوا بـ ($PGE_1$) بجرعة (5–20) ميكروغرام وكانت الاستجابة لدى (3207) مريضاً أي بنسبة (70%).

**6- التوصيات:**

1) إدخال برامج التثقيف، والتوعية الجنسية بشكل علمي للحفاظ على الصحة النفسية للشباب.
2) اللجوء إلى الحقن بالأجسام الكهفية للبروستاغلاندين $E_1$ ($PGE_1$) بجرعة (20) ميكروغرام كحقنة وحيدة لكسر الحلقة النفسية (التثبيط) لدى الشباب الذين يعانون من اضطراب نعوظ القضيب في ليلة الزواج.

## References المراجع


1- ABOSEIF S. R., BREZA J., BOSCH RJ CH., BEARD F., STIEF C. G., STACKL W., LUE T. F., TANAGHO E. A. (1989): Local and Systemic Effects of Chronic intracavernous injection of Papaverine, Prostaglandin $E_1$ and Saline in Primates: J. Urol. 142:403

2- BENSON S. GEORGE, BOILEAN MICHAEL, 1991: The Penis : Sexual Function and dysfunction in : Adult and Pediatric Urology Part 2 : JAY Y. GILLEN WATER, JOHN T. GRAYHACK, STUART S. HOWARDS and W. Duckett (eds) Mosby year Book: 1599-1637.

3- DAVILA J. C., REDDY C. G., DAVIS P. J., ACOSTA D. (1990): Toxicity assessment of Papaverine hydrochloride and Papaverine – derived metabolites in primary cultures of rat hepatoctes in vitro cell Dev Bio 26:515 – 524

4- FINK D. J.: 1984 Psychological causes of lack of arousal in FICHER H, FISHKIN RE , JACOBS JA (eds): Sexual arousal : New concepts in Basic Science Diagnosis and Treatment Springfield, Charles Thomas Publisher.

5- KINSEY et al, 1948: Taked from: GEORGE S. BENSON, MICHAEL BOILEAN, 1991 The Penis : Sexual Function and dysfunction in : Adult and Pediatric Urology Part 2 : JAY Y. GILLEN WATER, JOHN T. GRAYHACK, STUART S. HOWARDS and W. Duckett (eds) Mosby year Book: 1599-1637.

6- LEVIN S. B. (1985): The psychological evaluation and therapy of psychogenic impotence, in Seagraves RT schoenberg HW (eds): Diagnosis and treatment of Erectile Disturbances, Guide for clinicians : New York, Plenum Press.

7- PORST H. (1993) : A diagnosis Comarative study of 40 patients. J. Urol. 149 : 1280 – 1283.

8- PORST H. (1996): Review Article : The rationale for Prostaglandin $E_1$ , in erectile failure : A survey of worldwide experience . J. Urol. 155 : 802 – 815.

9- STACKL W., LOUPAL G., HOLZMANN A. (1988): Intracavernous injection of vasoactive drugs in the rabbit, Urol. Res. 16: 455 - 458