

# 临床常见的三种女性性功能失调的诊断和治疗

肖茜<sup>1</sup>, 张道龙<sup>2,3\*</sup>

(1. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

2. 美中心理文化学会, 伊利诺伊州 芝加哥 60608;

3. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 伊利诺伊州 芝加哥 60612

\* 通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

**【摘要】** 女性性功能失调是指女性在体验性愉悦的能力上具有临床意义的紊乱。本文将简要探讨临床诊疗中常见的三种女性性功能失调, 包括女性性高潮障碍、女性性兴趣/唤起障碍及生殖器-盆腔痛/插入障碍的诊断和治疗, 为临床工作中相关疾病的识别和诊治提供参考。

**【关键词】** 女性性功能失调; 女性性高潮障碍; 女性性兴趣/唤起障碍; 生殖器-盆腔痛/插入障碍; 性感集中训练

中图分类号: R395.3

文献标识码: A

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2019.01.013

## Diagnosis and treatment of three common female sexual dysfunction

Xiao Qian<sup>1</sup>, Zhang Daolong<sup>2,3\*</sup>

(1. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

2. Chinese American Association for Psychology and Culture, Chicago 60608, USA;

3. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago 60612, USA

\* Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

**【Abstract】** Female sexual dysfunction is characterized by the disorder of female's ability to experience sexual pleasure. This article discussed the diagnosis and treatment of three common female sexual dysfunction conditions which including female orgasm disorder, female sexual interest/arousal disorder and genito-pelvic pain/penetration disorder, in order to provide references for the identification and diagnosis of relevant diseases in clinical work.

**【Keywords】** Female sexual dysfunction; Female orgasm disorder; Female sexual interest/arousal disorder; Genito-pelvic pain/penetration disorder; Sexy focus training

女性性功能失调是指在女性性反应周期中做出性反应或体验性愉悦的能力上具有临床意义的紊乱。女性性功能失调的诊断主要依靠临床判断, 需要注意的是: 这种障碍必须已造成双方性生活困难或引起显著的痛苦和困扰, 应考虑生物、社会文化和心理因素之间的复杂交互影响<sup>[1-2]</sup>。

在世界范围内, 女性性功能失调的患病率差异较大, 从 10% ~ 42% 不等, 取决于年龄、文化、病程及症状严重程度等多种因素。其中在经历性高潮困难的女性中, 只有一部分报告相关的痛苦。约 10% 的女性在其一生中始终没有体验过性高潮<sup>[2-4]</sup>。

在《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)中, 性功能失调是一组异质性的精神障碍, 通常以个体在做出性反应或体验性愉悦的能力上具有临床意义的紊乱为特征。女性性功能失调包括女性性高潮障碍、女性性兴趣/唤起障碍、生殖器-盆腔痛/插入障碍、物质/药物所致的性

功能失调和其他特定/未特定的性功能失调<sup>[2-4]</sup>。因为女性性功能失调较少受到临床关注, 且基于文化背景的影响, 很多患者并未主动求诊。本文主要探讨临床常见的三种女性性功能障碍的诊断和治疗, 包括性高潮障碍、女性性兴趣/唤起障碍和生殖器-盆腔痛/插入障碍, 为临床工作中相关疾病的识别和诊治提供参考。

### 1 临床常见的三种女性性功能失调的诊断和临床表现

#### 1.1 女性性兴趣/唤起障碍

##### 1.1.1 概述

女性性兴趣/唤起障碍是指反复和持续不能达到足够的性兴奋而引起主观痛苦。表现为性欲低下持续 6 个月以上, 并且对此感到痛苦, 才能给予此诊断。如果是由生活应激事件所致的短期性唤起或性兴趣的下降, 则不能够被诊断为此障碍。

### 1.1.2 核心特征

女性性兴趣/唤起障碍的核心特征包括:①对性活动的兴趣减少或缺乏;②出现性欲望和性幻想次数显著减少;③对进行性活动不感兴趣,也不接受伴侣的性邀请;④在大部分的性接触中缺乏性愉悦感和兴奋感;⑤对情色线索均缺乏足够的性唤起;⑥在大部分性接触中,对生殖器的感觉显著减少。上述临床表现持续 6 个月以上,且该问题不能是其他非性功能的精神障碍所致,也不是严重夫妻关系困扰或应激事件所致,也不能用物质/药物的效应或其他躯体疾病来解释<sup>[2]</sup>。

### 1.1.3 风险因素

风险因素可能有:与照料者的早期关系不良、童年时期的应激源刺激、婚姻不和谐、既往性创伤经历、恐惧怀孕、表演焦虑和躯体形象问题。性兴奋和性抑制的倾向性差异也可以预测发生此障碍的可能性。一些躯体疾病(如糖尿病、甲状腺功能失调)也可能是女性性兴趣/唤起障碍的风险因素<sup>[1,3]</sup>。

## 1.2 性高潮障碍

### 1.2.1 概述

性高潮障碍是指在已经有足够的性刺激和性唤起后,反复获得性高潮困难或根本没有性高潮体验,并构成主观痛苦。有此障碍的女性可能还同时存在性兴趣和性唤起方面的问题。约 10% ~ 24% 的女性报告有性高潮问题,约 10% 的女性终身无性高潮<sup>[1]</sup>。

### 1.2.2 核心特征

在与伴侣的性活动中,至少存在以下两种症状之一:①性高潮的明显延迟、减少或缺乏;②性高潮体验的强度不足或缺乏。临床表现至少持续 6 个月,症状不能是其他非性功能的精神障碍引起的,并非夫妻关系问题所致,也不能用物质及药物的效应或其他躯体疾病来解释。引起女性性高潮的刺激物在类型和强度上存在差异。同样,由于对性高潮主观描述的差异,不同女性之间或同一女性在不同情况下体验性高潮的方式也不同<sup>[2]</sup>。

### 1.2.3 风险因素

以下因素可能增加女性性高潮障碍的风险。心理层面:广泛的情绪因素,如对怀孕的焦虑和担忧可

能干扰女性体验性高潮的能力。社会层面:关系问题与女性性高潮困难之间有很强的关联;性别角色的期待和宗教规范对性高潮困难的经历也有重要影响。生理层面:躯体疾病和药物治疗均可能对女性性高潮体验产生影响。多发性硬化症、子宫全切除术引发的盆腔神经损坏以及脊髓损伤都可能影响女性的性高潮功能。选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)可延迟或抑制女性的性高潮。心理、社会文化和生理因素可能以复杂的方式交互影响女性性高潮的体验<sup>[2]</sup>。

## 1.3 生殖器-盆腔痛/插入障碍

### 1.3.1 概述

生殖器-盆腔痛/插入障碍是指在阴道-阴茎性交时出现反复、持续的疼痛不适,既包括最初插入时的疼痛,也包括整个性交过程的疼痛和痉挛。这种强烈的疼痛常被描述为如“刺痛、切割或烧灼”。有此障碍的女性通常变得害怕性交,进而回避性活动。在美国,有 15% 的女性报告有持续的疼痛<sup>[1]</sup>。

### 1.3.2 核心特征

生殖器-盆腔痛/插入障碍至少存在以下四种症状之一:①阴道被插入时疼痛;②企图性交时,盆腔明显疼痛;③对上述疼痛的显著恐惧或紧张不安;④企图插入阴道时,盆底肌肉紧缩感。这些症状持续至少 6 个月<sup>[1-2]</sup>,且不能是其他非性功能的精神障碍引起的,也并非夫妻关系问题所致,也不能用物质及药物的效应或其他躯体疾病来解释。

### 1.3.3 风险因素

性和躯体虐待是否为生殖器-盆腔痛/插入障碍的风险因素尚存在争议。在性交过程中经历浅表性疼痛的女性,经常报告疼痛起始于阴道感染后。即使在感染消失、且没有明显的物理残留物之后,疼痛仍持续存在。在插入卫生棉条的过程中产生疼痛或者在尝试任何性接触前无法插入卫生棉条,是生殖器-盆腔痛/插入障碍的一个重要风险因素<sup>[1-3,6]</sup>。

## 2 治疗方法

### 2.1 基础心理健康教育及认知调整

首先对患者进行性相关知识的健康教育。对性的解剖学知识和性的观念进行科普教育,增强科学的性知识、纠正错误的性观念,减少对性生活不必要

的担心,改进夫妻性关系模式<sup>[3]</sup>。

治疗的成功需要夫妻双方共同参与。在改善性生活之前,首先要改善双方的心理问题、增进和谐的亲密关系。应告知夫妻,随着年龄的增长,有时需要足够强度和持续时间的刺激才能引起性唤起,这是正常的现象。重复单调的性活动可能导致性兴趣的下降。双方可积极创造新鲜的性生活形式,如与之前不同的方式、地点等<sup>[4]</sup>。互相交流彼此的感受、保持良好的沟通,是改善女性性功能失调的重要过程<sup>[3-4]</sup>。

## 2.2 性感集中训练

性感集中训练是一个融合系统脱敏的行为流派的心理治疗方法<sup>[7]</sup>。适用的情况包括:①夫妻都有意愿继续发展关系,并共同参与治疗;②不应该有除配偶以外的性伴侣;③避孕措施必须事先达成共识;④在充满安全感的地点进行练习。性感集中训练不聚焦于性交和性高潮本身,其关注点在体验性生活的整体过程,而并未设定机械的目标,目的在于鼓励夫妻双方打开新视野,改变既往性交模式。

焦虑是性功能失调的重要因素。因为害怕性生活失败而产生压力和焦虑,使得植物神经系统异常激活,抑制了原本的性功能,进而导致性生活失败。久而久之,形成恶性循环。性感集中训练通过系统脱敏治疗使得患者对性的焦虑水平下降,性的自然功能逐渐恢复,性功能失调得以改善<sup>[4]</sup>。

性感集中训练分为四个阶段。第一阶段:夫妻双方可以接触对方的身体,但不包括乳房和生殖器;享受伴侣皮肤的触感和质地,增进这种觉察;不聚焦于自己的想法,也不试图取悦对方;鼓励夫妻双方分别扮演主导者及接收方各 20 ~ 30 min。第二阶段:可以抚摸包括乳房的部位,但是仍不能触摸生殖器;通过一些愉悦的沟通方式表明让自己感到愉悦的节奏和力度。第三阶段:逐渐引入生殖器,不施加其他刺激。第四阶段:刺激生殖器,可尝试性交。整个过程关注的焦点是享受整个性活动带来的亲密感和乐趣,而不是体验高潮,以避免由此带来的焦虑和压力<sup>[4]</sup>。

## 2.3 对症药物及相关治疗

如果是由 SSRI 类药物副作用导致的性高潮障碍,则可更换药物。针对生殖器-盆腔痛/插入障碍可予以 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂

(Serotonin - Norepinephrine Reuptake Inhibitors, SNRIs) 或三环类抗抑郁药物 (Tricyclic antidepressants, TCAs) 缓解焦虑和疼痛<sup>[8]</sup>。老年女性可采用阴道润滑剂和雌激素治疗,增加阴道润滑度,辅助性活动顺利进行<sup>[4]</sup>。

## 2.4 其他干预方式

针对一些具体问题的干预方式,如对生殖器-盆腔痛/插入障碍,最初让患者用手指逐渐抚摸及插入阴道而体会快感,可适当借助润滑剂,然后选用从小到不同型号的扩阴器插入。患者自己熟悉后,由自己或丈夫协助进行训练,再逐步使阴茎实现插入阴道。

## 3 总 结

综上所述,女性性功能失调作为临床常见问题,对女性性生活质量影响较大,一直为临床工作者所关注。研究结果显示,针对女性性功能失调需要采取更多综合干预,如认知调整、性感集中训练及对症药物处理。但目前对女性性功能失调的测量缺乏准确的生理指标,临床诊断仍以患者的主观报告为主。故对其进行准确的评定和干预有待进一步探索。

## 参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 148-165.
- [2] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 351-368.
- [3] 露理士. 性心理学[M]. 潘光旦, 译. 济南: 山东文艺出版社, 2018: 10-27.
- [4] 温切, 巴洛, 孙宏伟. 提高性功能治疗师指南自助手册[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2010: 31-60.
- [5] 迈克尔·弗斯特. DSM-5 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 77-82.
- [6] Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle[J]. J Sex Med, 2012, 9(8): 2077-2092.
- [7] Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, et al. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy[J]. Pain, 2009, 141(1-2): 31-40.
- [8] 艾伦·F·沙茨贝格, 查尔斯·德巴蒂斯塔. 临床精神药理学手册[M]. 8 版. 范静怡, 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2018: 290-314.

(收稿日期:2019-01-30)

(本文编辑:陈 霞)