

اتیولوژی انزال زودرس از دیدگاه طب سنتی ایران و پزشکی رایج

احمدرضا شریفی علون آبادی^۱

فریدون خیام‌فر^۲

محسن ناصری^۳

محمد کمالی نژاد^۴

فاطمه علیجانیها^۵

زهرا بهاء‌الدین^۶

چکیده

مقدمه: انزال زودرس که در طب سنتی ایران «سرعت انزال» نامیده می‌شود، به معنای انزال زودتر از یک دقیقه از زمان شروع دخول، عدم توانایی در به تأخیر انداختن انزال و اضطراب و رنجش به هنگام مقاربت و با شیوعی از ۲/۳ تا ۳۰ درصد است. هدف از این تحقیق، مقایسه علل انزال زودرس از دیدگاه طب سنتی ایران با طب رایج و استفاده از آن برای درک مفهوم دقیق‌تری از پاتوفیزیولوژی و درمان بیماری است.

روش: این مطالعه با مراجعه به منابع مرجع در طب رایج و طب سنتی ایران انجام شده و جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مرور هدفمند کتب است. علل انزال زودرس با

۱- دانشجوی دکترای تخصصی طب سنتی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲- استادیار ارولوژی، گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳- دانشیار، دکترای تخصصی فارماکولوژی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۴- پژوهشگر، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵- استادیار، دکترای تخصصی داروسازی سنتی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۶- دکترای تخصصی داروسازی سنتی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۳۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۴

جستجوی کلمات کلیدی Sexual Disorders, Premature Ejaculation, انزال زودرس و سرعت انزال در پایگاه‌های داده‌ای معتبر علمی و کتب طب سنتی به دست آمد، سپس نتایج در جدول قرار گرفته و تشابهات و تمایز آن‌ها مشخص گردید.

یافته‌ها: علل مورد بحث در دو حوزه طب سنتی و رایج در نگاه اول متفاوت به نظر می‌رسد، اما مقایسه دقیق‌تر اشتراکات قابل توجهی را نشان می‌دهد. هر دو حیطة پزشکی رایج و طب سنتی به بیماری‌های قلبی، کبدی، معدی، کلیوی، نورولوژیک و سایکولوژیک به عنوان عاملی برای اختلالات جنسی و انزال زودرس اشاره کرده‌اند. علل مربوط به آلت تناسلی مردانه، اختلالات متابولیک، علل فیزیولوژیک، بافت‌شناختی و علل مربوط به گندهای جنسی به زبان متفاوتی در هر دو حیطة طبی مطرح شده است. طب رایج اختصاصاً به علل هورمونی اشاره کرده است. طب سنتی نیز اختصاصاً به علائم مرتبط با مایع منی پرداخته و یک تقسیم‌بندی سه‌گانه مرتبط را مطرح کرده است.

نتیجه‌گیری: این بررسی به یک دسته‌بندی چهارده‌گانه رسید که در هشت مورد مطابقت از لحاظ لفظ و معنا، چهار مورد مطابقت در معنا، یک مورد قابل تطبیق، یک مورد مطابق با درجه‌بندی متفاوت در علائم و بیماری‌شناسی منتهی گردید.

واژگان کلیدی:

انزال زودرس، طب سنتی ایرانی، اختلالات جنسی، ابوعلی سینا

مقدمه

انزال زودرس نوعی اختلال جنسی شایع مردان است که به دو نوع اصلی همیشگی (ذاتی^۱) و اکتسابی تقسیم می‌شود و سه ویژگی دارد: ۱- مدت زمان انزال کم‌تر از یک دقیقه از شروع دخول؛ ۲- عدم توانایی در به تأخیر انداختن انزال؛ ۳- پریشانی و رنجش از فعالیت جنسی.

در نوع اکتسابی، زمان تأخیر انزال نسبت به قبل کاهش قابل توجهی - اغلب حدود ۳ دقیقه - دارد (۱).

شیوع این اختلال از ۲/۳ تا ۳۰ درصد بوده (۲) و کیفیت زندگی مرد و همسرش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). پاتوفیزیولوژی نوع همیشگی، نسبت به سایر انواع آن متفاوت و درک آن نیاز به مطالعات بیشتری دارد (۴).

برای درمان از روان‌درمانی و یا درمان دارویی استفاده می‌شود. روان‌درمانی با هدف افزایش مهارت‌های جنسی و اصلاح مسائل بین فردی انجام می‌شود. درمان خوراکی می‌تواند روزانه یا بر حسب تقاضا (قبل از نزدیکی) باشد. داروهای مورد استفاده شامل مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین، مهارکننده‌های فسفو دی استراز نوع ۵ و بلوک‌کننده‌های آلفا۱-آدرنرژیک است (۱).

از دیدگاه طب سنتی ایران، بیضه‌ها از اعضای رئیسه (اصلی) هستند و ارتباط ویژه‌ای با سایر اعضای رئیسه (قلب، مغز و کبد) دارند به گونه‌ای که هر یک از مؤلفه‌های فعل نزدیکی (میل، نعوظ، ارگاسم و انزال) و تولید منی رابطه منطقی با قلب، مغز و کبد دارند. ابوعلی سینا در مورد اول می‌گوید: «بدان که قدرت نعوظ آلت از قلب، ادراک حسی آن از مغز و نخاع و میزان میل جنسی در رابطه با سلامت کبد است و گاهی نیز در رابطه با سلامت کلیه و به نظر من مبدأ اصلی آن از قلب است^۲» (۵). در واقع برای انجام نعوظ طبیعی، یک مجموعه فرایندهای

وابسته به غدد درون‌ریز، عصبی، عروقی و وجود بافت سالم آلت تناسلی لازم است (۶). از سوی دیگر آلت تناسلی نیز عضوی مرکب از رباط‌ها، عصب‌ها، رگ‌ها و بافت گوشتی است^۳ (۵).

در مورد تولید منی نیز در منابع طب سنتی این‌گونه بیان شده که منی برگرفته از تمام اعضا است. بیان بوعلی‌سینا در این باره این‌گونه است: «بیضه‌ها همان‌گونه که می‌دانید دو عضو اصلی هستند که در آن‌ها منی تولید می‌شود. منی از باقی‌مانده هضم غذا در اعضا و از کل بدن است^۴ (۵).

علل انزال زودرس متعدد و گوناگون است و تعریف جامع و واحدی نیز در منابع امروزی از این بیماری ارائه نشده است. از سویی علی‌رغم مطالعات متعدد، هنوز داروی تأییدشده به جز داپوکستین ندارد که آن هم در بیش از ۵۰ کشور تأییدیه مصرف دارد (۱). در طب سنتی ایران نیز با توجه به مبانی و اصول منحصر به فرد، چند دسته علت برای این بیماری مطرح است. بنابراین با توجه به شیوع انزال زودرس و نقش سلامت جنسی در ابعاد جسمی، روانی، رفتاری و در تحکیم و تشکیل نهاد خانواده و بالابردن کیفیت و رضایت زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی، بررسی علل این بیماری اهمیت ویژه خواهد داشت و تبیین آن در طب سنتی و مقایسه با طب رایج می‌تواند در امر شناخت (تعریف و تشخیص) و در نتیجه درمان این اختلال راه‌گشا باشد.

روش

این مطالعه از نوع کتابخانه‌ای است. جمع‌آوری اطلاعات بر اساس نمونه‌گیری هدفمند یا مبتنی بر معیار انجام شده است. متون طب سنتی که برای این پژوهش لازم‌اند از مؤلفانی انتخاب شده که علاوه بر کار طبابت، در امر تألیف هم

معتبر و از سویی از حکما و طبیبان معتبر تاریخ پزشکی بوده‌اند. این کتب عبارتند از قانون فی الطب بوعلی سینا (قرن ۴ و ۵ ق.)، الأغراض الطبیه و ذخیره خوارزمشاهی سیداسماعیل جرجانی (قرن ۵ و ۶ ق.)، معالجات محمدحسین عقیلی خراسانی (قرن ۱۲ ق.)، حفظ الصحه ولی بن علی گیلانی (قرن ۱۰ ق.)، اکسیر اعظم محمد اعظم خان چشتی (قرن ۱۳ ق.)، طب اکبری علی اکبر ارزانی (قرن ۱۲ ق.)، شرح الأسباب و العلامات نفیس بن عوض کرمانی (قرن ۸ ق.) و کتاب رجوع الشیخ إلی صباه احمد بن سلیمان (قرن ۱۰ ق.).

معیارهای انتخاب متون در طب رایج عبارت بودند از جدیدترین کتب مرجع دانشگاهی شامل ارولوژی Campbell-Walsh، کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان - سادوک و نیز کتاب Premature Ejaculation و همچنین مقالات معتبر از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۶ موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Google Scholar، Science Direct و SID. در کتاب‌های طبی جدید، فصول مربوط به انزال زودرس و اتیولوژی آن مورد بررسی قرار گرفت. واژگان کلیدی مورد استفاده در منابع جدید عبارت بودند از Sexual Disorders، Premature Ejaculation، انزال زودرس و در منابع سنتی، سرعت انزال، باه (میل و یا توان جنسی، لذت و نشاط جنسی)، منی و جماع. علل به دست آمده در جدول قرار داده شد و تشابهات و تمایز آن‌ها مشخص گردید.

یافته‌ها

در اینجا ابتدا به بیان «تقسیم‌بندی» کلی این اختلال از دیدگاه هر دو حوزه طب رایج و طب سنتی می‌پردازیم و سپس «علل و نشانه‌های» همراه را که هر کدام از دو حوزه طبی مذکور به آن اشاره کرده‌اند، بیان می‌کنیم.

۱- انواع انزال زودرس

۱-۱- انواع انزال زودرس از دیدگاه طب رایج: از دیدگاه طب جدید، انزال زودرس به چهار زیرگروه تقسیم می‌شود: همیشگی، اکتسابی، متغیر طبیعی و سوء عملکرد انزالی شبه‌زودرس. «این دسته‌بندی از نظر بالینی مفید است، چراکه تقریباً همه بیماران را در بالین دربر می‌گیرد» (۷).

«نوع همیشگی انزال زودرس از همان ابتدای سن فعالیت جنسی وجود دارد و وابسته به شرایط و محیط انجام فعالیت جنسی نیست. در نوع اکتسابی در ابتدا فرد مشکلی نداشته، ولی به تدریج یا به طور ناگهانی دچار انزال زودرس شده است» (۲).

دو گروه انزال زودرس متغیر^۵ و سابژکتیو (ذهنی)^۶ در مورد مردانی به کار می‌رود که معیارهای ISSM^۷ (انجمن بین‌المللی بیماری‌های جنسی) را ندارند. این افراد خودشان بیان می‌کنند که دچار انزال زودرس هستند.

در انزال زودرس «متغیر»، زمان تأخیر انزال به صورت نامنظم و غیر دائم کوتاه است و خود فرد احساسی از کنترل ناقص انزال را بیان می‌کند. این زیر گروه به عنوان یک سوء عملکرد جنسی در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه بیشتر به عنوان یک نوع طبیعی از عمل جنسی است.

انزال زودرس «سابژکتیو» (ذهنی) با یک یا بیشتر از موارد زیر شناخته می‌شود:

- ۱- احساسی که خود شخص از زمان کوتاه انزال، به صورت دائمی یا موقت دارد؛
- ۲- اشتغال ذهنی با تصویری که از زمان تأخیر انزال کوتاه یا کمبود کنترل در طی زمان انزال دارد؛
- ۳- زمان تأخیر انزال واقعی طبیعی یا حتی بیش از طبیعی (یعنی ۵ دقیقه) است؛
- ۴- توانایی کنترل انزال (یعنی خودداری از انزال در زمانی که انزال قریب‌الوقوع است) ممکن است کاهش یا نقصان پیدا کند؛
- ۵- اشتغال ذهنی

که با اختلال ذهنی دیگر، به صورت بهتری، جور در نیاید (۱). انزال زودرس «سابژکتیو» را احتمالاً می‌توان همان «سوء عملکرد انزالی شبه‌زودرس» دانست.

۲-۱- انواع انزال زودرس از دیدگاه طب سنتی: از دیدگاه طب سنتی

ایران، انزال زودرس را می‌توان بر اساس علل پدیدآورنده آن در سه گروه اصلی شامل انزال زودرس ناشی از بیماری‌های دستگاه تناسلی، اختلالات سایر اعضا (قلب، مغز، کبد، معده، کلیه) و اختلالات عمومی بدن قرار داد. این بیماری‌ها، به طور کلی می‌توانند سبب نقصان در عملکرد عضوی در اثر ضعف ساختاری یا ترکیبی جسمی (بافت‌شناختی) یا عدم تعادل کیفیت عضوی یا همان مزاج عضو شوند.

۲- ضعف عملکرد اعضا

- ضعف عملکرد کبد خود را با علائمی مانند کاهش میل جنسی، سوء هضم، کاهش اشتها و کم‌خونی نشان می‌دهد.

- ضعف عملکرد قلبی با نعوظ ضعیف یا انزال بدون نعوظ، خجالت، ترس، نگرانی و حرارت سطحی پایین پوست مشخص می‌شود.

- از مشخصه‌های ضعف عملکرد مغزی، کاهش لذت جنسی و کاهش میل به نزدیکی است^۵ (۵).

بنابراین در ضعف عملکرد اعضای رئیسه (قلب، مغز، کبد)، سرعت انزال همراه با اختلال نعوظ و نیز کاهش میل جنسی (دو مؤلفه دیگر نزدیکی) است. به نظر می‌رسد این ضعف، درجات مختلفی داشته و در هر مرحله علائم مختلفی ایجاد کند.

۳- اختلالات دستگاه تناسلی

اختلالات خاص دستگاه سیستم تناسلی در این مورد به صورت زیر قابل تقسیم است:

- ۱- در گروه اول، منی غلیظ و بسیار سفید و حجم آن معمولاً زیادتر است (۸). در واقع این مقایسه در میزان غلظت، حجم یا رنگ منی نسبت به زمانی است که شخص، دچار انزال زودرس نبوده یا اگر از اول دچار انزال زودرس بوده، در مقایسه با گروه همسن و دارای مزاج متشابه است. این علائم و نشانه‌ها، را با عنوان «سردی و تری» اعضای منی‌ساز یا دستگاه تناسلی می‌شناسیم. سردی و تری «کیفیتی» است که بر این اعضا وارد و عارض شده است و خود «سبب و علت» بیماری است. سردی و تری می‌تواند ناشی از وجود خلط بلغم غیر طبیعی در کل بدن یا دستگاه تناسلی باشد. در این حالت حجم منی کم نیست، ولی به سختی خارج می‌شود (۵). علائم زیادی ماده بلغم در بدن عبارت است از سوء هاضمه، زیادشدن مدت خواب، زیادشدن آب دهان، کاهش قدرت تفکر، سستی و نرمی بدن، سردی پوست، سفیدی پوست، سفیدی رنگ ادرار، سخت‌بودن انجام حرکات، به راحتی تحت تأثیر سرما قرارگرفتن، ورم و شلی پلک، مدفوع نرم؛
- ۲- در گروه دوم به علت زیادی تولید خون و همچنین منی، انزال زودتر از خواست فرد انجام می‌شود. سبب و علت موجه در این وضعیت، «غلبه خون» نام دارد. در این حالت حجم منی زیادتر شده، ولی غلظت آن معتدل است و نعوذ به نحو مطلوب انجام می‌شود. علائم زیادی خون عبارت است از کندشدن ادراک حواس پنج‌گانه، بثورات پوستی، خونریزی لثه، کسالت و خستگی و کمی اشتها؛
- ۳- در گروه سوم، منی رقیق و آبکی و خروج آن همراه با سوزش است. این دسته از علائم تحت عنوان «زیادی یا غلبه حرارت» نام برده می‌شود.

گاهی علت انزال زودرس، کاهش قدرت عضلات لگنی و یا دیواره مجاری و اسفنگترهای مرتبط است. این اختلال می‌تواند ناشی از نقص در ساختار بافتی یا تشریحی و یا ضعف مزاج عضوی باشد. به عبارت دیگر، گاهی به علت کاهش حرارت پایه مورد نیاز برای عملکرد عضو و همچنین کاهش استحکام بافت عضو و انعطاف‌پذیری بیش از حد نیاز آن، قدرت نگهدارندگی و ایجاد امساک یا همان کنترل کم شده است. این حالت را «ضعف ماسکه (نیروی نگه‌دارنده)» می‌دانند، اگرچه برخی کتب این حالت را در گروه اول، یعنی سردی و تری مزاج قرار داده‌اند (۸)، ولی به نظر می‌رسد عامل ضعف ماسکه فقط سردی و تری مزاج نباشد و علل خلقی و ترکیبی (آناتومیک) و سایر مزاج‌های غیر طبیعی (۹) نیز در این حالت دخیل باشند.

۴- علل انزال زودرس

ابتدا، به علل و عوامل گوناگون مطرح‌شده برای انزال زودرس در منابع جدید و کتب طب سنتی پرداخته، سپس این دلایل را در جدول انتهایی متن دسته‌بندی می‌کنیم (جدول ۱).

۴-۱- اتیولوژی انزال زودرس در طب رایج: «از نظر طب نوین خیلی مهم است که در مطالعات علت‌شناسی، نوع سندروم انزال زودرس مشخص باشد. به صورت کلاسیک این‌گونه فکر می‌شود که انزال زودرس، پایه‌ای روانشناختی یا بین فردی دارد. این تصور ناشی از وجود اضطراب (۲-۱) یا شرطی‌شدن در این بیماری است که خود می‌تواند ناشی از تجارب جنسی اولیه همراه با عجله و شتاب‌زدگی باشد. در طول دو دهه گذشته، علل جسمی و نوروبیولوژیک برای انزال سریع به عنوان هیپوتز مطرح شده است. عوامل بیولوژیک بسیاری پیشنهاد شده تا انزال زودرس را توضیح دهد این عوامل شامل این موارد هستند: حساسیت

بیش از اندازه گلانس پنیس (قسمت سر آلت)، ادراک مغزی قوی [نسبت به ایمپالس‌های ارسالی] از عصب پودندال، اختلال در انتقال عصبی مرکزی سروتونین، مشکل در نعوظ و سایر اختلالات جنسی همراه، پروستاتیت، علائم ترک یا قطع مصرف برخی داروها مانند سیتالوپرام، داروهای تفریحی، سندروم درد مزمن لگنی و اختلالات تیروئید. این نکته مهم است که هیچ کدام از این دلایل در مطالعات بزرگ‌تر تصدیق نشده است» (۱).

برخی عوامل مانند سن مرد، جوانی زن و فراوانی مقاربت، در مدت زمان مرحله تهییج پاسخ جنسی تأثیر می‌گذارند. تحصیلات، فیزیولوژی فردی (به علت زمان نهفتگی کوتاه‌تر عصب)، شرطی شدن رفتاری، نگرانی و اضطراب نسبت به ارتباط جنسی، ترس ناخودآگاه از واژن و شرطی شدن منفی فرهنگی، فاحشه‌گری زن، احتمال لورفتن و آبروریزی، جوان بودن مرد، زندگی زناشویی پراسترس، پیش زمینه تکاملی و سایکودینامیک فردی (وابسته به محرک‌های مؤثر در فکر) با انزال زودرس مرتبط هستند (۱۰).

برخی دیگر از علل احتمالی مطرح‌شده عبارتند از: اضطراب، همسر یا موقعیت جدید، فراوانی کم فعالیت جنسی، سوء مصرف مواد (الکل)، اندوکرینوپاتی (اختلالات مرتبط با غدد درون‌ریز)، پروستاتیت مزمن، قطع مصرف اپیوئیدها (۲)، علل ژنتیک (۱۱)، تغییرات هورمون‌های گنادی و یا هیپوفیزی (اکسی‌توسین، پرولاکتین) (۱۲)، اختلال نعوظ، واریکوسل، شب‌ادراری (۱۳)، ارتباط ناسازگار با همسر، احساس گناه و نارسایی در ارتباط جنسی (۱۴) اختلال عملکرد گیرنده سروتونین (۱۵)، اختلالات نورولوژیک مانند بیماری عروقی مغز، پارکینسون، صرع، MS، آسیب ضربه‌ای سر، ضایعات طناب نخاعی (۱۶) و پلی‌مورفیسم ناحیه پروموتور ژن انتقال‌دهنده سروتونین (۷).

به نظر می‌رسد اختلال در مراحل انزال و یا اعضای مرتبط با آن در زمینه انزال زودرس مؤثر باشد. انزال دارای سه فاز Emission, Ejaculation و ارگاسم است. اعضای درگیر در انزال عبارتند از اعصاب سمپاتیک توراسیک ۱۰ تا لومبار ۲، سمینال وزیکل، پروستات، اعصاب ساکرال ۲ تا ۴، اسفگتر خارجی ادراری، بولبوکاورنوس و ماهیچه‌های کف لگن (۱۷).

باید توجه داشت «احساس ناگزیری از انزال شدن، ناشی از اتساع پیشابراه خلفی است. بهترین مستندات در دسترس بیان می‌کند که پاتوفیزیولوژی انزال زودرس نورویوژنیک و سایکوژنیک است» (۱۷). برخی مطالعات یکی از علل انزال زودرس را افزایش حساسیت پنیس می‌دانند (۱۸). در مورد ختنه کردن سؤالات زیادی وجود دارد، ولی «مطالعات با کیفیت بالا بیان می‌کند که ختنه مرد هیچ تأثیر بدی روی عملکرد جنسی، حس، احساس جنسی و رضایت جنسی ندارد» (۱۹).

برخی علل دیگر انزال زودرس شامل اختلالات نورویولوژیک (MS)، نوروپاتی‌های محیطی، تومورهای طناب نخاعی، تغییرات کف لگنی، رفلکس انزال سریع تحریک شده^۹، علل فارماکولوژیک (قطع مصرف اپیوئید)، علل اندوکراین (هیپرتیروئیدی در نوع اکتسابی)، ارولوژیک (پروستاتیت مزمن، سندروم درد لگنی مزمن در انزال زودرس غیر تمایز یافته)، علل روانی اجتماعی و ارتباطی (تجارب سریع جنسی، عدم مهارت در تکنیک‌ها و کنترل انزال) و شناخت منفی است. این نکته نیز قابل ذکر است که بر اساس برخی مقالات وزن بدن در انزال زودرس مؤثر نیست (۲۰).

۱-۴-۱- ارتباط اختلالات جنسی / اختلال نعوظ / انزال زودرس با بیماری‌های

قلبی: نتایج مطالعات اخیر نشان‌دهنده این است که اختلال نعوظ به عنوان یک نشانگر پیشگویی‌کننده بیماری‌های قلبی عروقی و سکتة مغزی می‌باشد (۲۱-۲۳).

یک ارتباط قوی بین اختلالات جنسی از جمله انزال زودرس و بیماری قلبی عروقی وجود دارد (۲۱). Inman و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که افراد با اختلال عملکرد نعوظ در مقایسه با افراد سالم، با ۸۰٪ خطر بالاتری نسبت به ابتلا به بیماری عروق کرونری در آینده مواجه بودند (۲۴). علاوه بر آن در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که مردان مبتلا به اختلال نعوظ دو برابر مردان سالم در معرض ابتلا به بیماری قلبی عروقی بودند (۲۵).

همچنین بر اساس نتایج یک مطالعه مروری می‌توان گفت که نه تنها اختلالات جنسی به عنوان یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی عروقی در نظر گرفته می‌شوند، بلکه به طور بالعکس بیماری‌های قلبی عروقی را نیز می‌توان به عنوان عامل خطر ایجاد اختلالات جنسی در نظر گرفت به طوری که با افزایش شدت بیماری قلبی، خطر ایجاد اختلالات جنسی افزایش می‌یابد (۲۶).

۲-۱-۴- ارتباط اختلالات جنسی / اختلال نعوظ / انزال زودرس با بیماری‌های کلیوی: اختلال عملکرد جنسی، شیوع بالایی در بیماری مزمن کلیوی دارد به ویژه در مواردی که بیماری منجر به انجام دیالیز گردد (۲۷). بر اساس نتایج برخی مطالعات، شیوع اختلال عملکرد نعوظ در مردان مبتلا به بیماری مزمن کلیوی تقریباً ۷۰٪ برآورد می‌شود (۲۸). در بیماران کلیوی که همزمان به اختلالاتی از قبیل بیماری عروق کرونری، دیابت شیرین و فشار خون مبتلا می‌باشند، شیوع اختلال عملکرد جنسی از این رقم هم بالاتر است (۲۷).

برخی از محققان در مطالعات خود نشان داده‌اند که پیوند کلیوی موفق می‌تواند عملکرد جنسی را در این بیماران بهبود بخشد (۲۹)؛ با این حال برخی مطالعات دیگر نشان دادند که شیوع اختلال عملکرد نعوظ در بیماران بعد از پیوند کلیوی همچنان بالا و به میزان ۵۰٪ می‌باشد (۳۱-۳۰).

۳-۱-۴- ارتباط اختلالات جنسی / اختلال نعوظ / انزال زودرس با بیماری‌های کبدی: در مردان مبتلا به مرحله نهایی بیماری کبدی، هیپوگنادیسم و نشانه‌هایی از زنانگی دیده می‌شود. همچنین آتروفی بیضه‌ها، سطوح پایین تستوسترون، کاهش میل جنسی، کاهش موی جنسی ثانویه و ژنیکوماستیا در مردان مبتلا به سیروز کبدی دیده می‌شود (۳۲). همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد که پیوند موفقیت‌آمیز کبد می‌تواند منجر به بهبود اختلالات هورمون‌های جنسی و عملکرد جنسی در مردان و زنان گردد، به گونه‌ای که در یک مطالعه نشان داده شد با پیوند کبد، اختلال عملکرد جنسی در مردان از ۲۹٪ قبل از پیوند به ۱۵٪ بعد از پیوند کاهش یافت (۳۳).

۴-۱-۴- ارتباط اختلالات جنسی / اختلال نعوظ / انزال زودرس با بیماری‌های روانی: شیوع اختلالات جنسی در افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بالا می‌باشد به گونه‌ای که شیوع این اختلالات در بیماران مبتلا به افسردگی، بالای ۷۸٪ و در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی بالای ۸۰٪ گزارش گردیده است (۳۴-۳۶). همچنین نتایج برخی دیگر از مطالعات نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی می‌توانند منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات جنسی گردند (۳۷). به عنوان مثال، نتایج مطالعه Araujo و همکاران مشخص کرد که وجود علائم افسردگی در مردان نسبت شانس ابتلا به اختلال نعوظ را ۸۲٪ افزایش می‌دهد (۳۸).

نتایج برخی دیگر از مطالعات بیانگر این است که اختلالات جنسی می‌توانند موجب افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی گردند، به طوری که Sugimori و همکاران در مطالعه خود نشان دادند اختلال نعوظ نسبت شانس ابتلا به افسردگی در مردان را ۲/۰۲ برابر افزایش می‌دهد (۳۹). همچنین نتایج یک مطالعه مقطعی نشان داد که شیوع افسردگی در مردان مبتلا به اختلال نعوظ ۲/۰۹ برابر بیشتر از

مردان سالم است (۴۰). علاوه بر آن بر اساس نتایج یک مطالعه، انزال زودرس نسبت شانس اضطراب و افسردگی در مردان را به ترتیب ۲/۸۳ و ۲/۰۸ برابر افزایش داد (۴۱). بین اختلالات جنسی و افسردگی ارتباط خیلی زیادی هست (۲۱).

۵-۱-۴- ارتباط سوء هاضمه و اختلالات جنسی: Fass و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که شیوع اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به سوء هاضمه ۳۸/۸ درصد می باشد (۴۲).

۲-۴- علل سرعت انزال از دیدگاه طب سنتی: از دیدگاه طب سنتی ایران، علل سرعت انزال را می توان در در سه دسته کلی ضعف عملکردی عضوی، سردی و تری عارضی (بیماری زا) در مزاج منی یا بدن و یا گرمی عارضی مزاجی آن ها مورد بررسی قرار داد. برخی مؤلفین علت چهارمی را با عنوان زیادی تولید خون و منی در بدن مطرح می کنند (۸، ۴۳-۴۴). ضعف عملکرد عضوی شامل ضعف اعضای رئیسه یعنی قلب، مغز، کبد و بیضه ها می شود (۴۵). سایر علل مطرح شده عبارتند از: سابقه ضربه به سر، جراحی هموروئید، بیماری های کلیه، ترک نزدیکی، سوء هاضمه، لاغری (۵)، اتساع مجرای قضیب (پنیس) (۴۶)، زیادی میل به نزدیکی، زیادی نیروی جذب کننده زن در صورتی که مزاجش گرم باشد، بیماری کلیوی (در صورت کم بودن منی) (۴۵)، فواصل طولانی انجام نزدیکی (۴۳)، سوء هضم و تراکم فضول (مواد زائد) در بدن (۴۷)، حدت و سوزش منی ناشی از کیفیت غیر طبیعی منی، منی رقیق حاصل از غلبه گرمی، ضعف ماسکه ناشی از سوء مزاج، کثرت منی ناشی از فواصل طولانی نزدیکی (۴۷). در برخی کتب نیز به صورت مستقیم از انزال زودرس یا همان سرعت انزال نام برده نشده و از عنوان کلی ضعف باه استفاده شده است (۵، ۴۸). برخی مؤلفین زیادی تولید خون را به

عنوان دلیلی برای سرعت انزال مطرح نکرده‌اند (۴۹). سیداسماعیل جرجانی دلیل اصلی سرعت انزال را از غلبه حرارت می‌داند (۵۰). نکته‌ای که اینجا لازم است به آن توجه شود، این است که تمایز بین مزاج طبیعی و عارضی (بیماری) و وجوه افتراق آن در تعیین نوع انزال زودرس مهم است. به بیان دیگر در بین مزاج‌های طبیعی زمان تأخیر انزال با یکدیگر متفاوت است و در اینجا زمان کم‌تر را نباید به معنای بیماری گرفت. به همین دلیل جناب بو علی سینا، سریع‌الانزال بودن را در ذیل نشانه‌های مزاج طبیعی گرم دستگاه تولید مثل مطرح می‌کند (۵).

۵- ارتباط عوامل اصلی حفظ سلامت و سبک زندگی با سلامت جنسی

۱-۵- عوامل خطر انزال زودرس: سؤال اینجاست که علل اصلی و مقدماتی و یا اولیه انزال زودرس چیست؟ اگرچه در بالا به ارتباط بین انزال زودرس و برخی بیماری‌ها اشاره کردیم، از جمله این که اختلالات قلبی، مغزی و یا کبدی می‌تواند سبب اختلالات جنسی شود، ولی عللی که قبل از این بیماری‌ها هستند و مربوط به عدم رعایت بهداشت و عدم پیشگیری صحیح هستند، شامل چه مواردی است؟ در اینجا به ارتباط تغییرات غیر طبیعی و ناسالم در برخی عوامل اولیه مؤثر در سلامت که می‌تواند منجر به بروز اختلال جنسی شود، اشاره می‌کنیم. از دیدگاه طب سنتی ایران، این عوامل که به نحوی همان عوامل دخیل در سبک زندگی هستند، عبارتند از نحوه تغذیه و رژیم‌های غذایی، بهداشت آب، شرایط هوا، الگوی دفع مواد زائد از بدن، الگوی ورزش، استرس‌های روحی روانی (نگرانی، افسردگی، اندوه) و الگوی خواب (۵). مطالعات پایه و بالینی نشان داده‌اند عوامل شاخصی مانند سیگار، مصرف الکل، چاقی و فعالیت فیزیکی محدود (کم) می‌توانند هم بر عملکرد نعوظ و هم بر سطح تستوسترون مؤثر باشند (۵۱).

لازم به یادآوری است که اختلال نعوظ به عنوان یکی از عواملی که در اتیولوژی انزال زودرس از آن بحث می‌شود، می‌تواند یک عامل انزال زودرس یا حداقل مرتبط با آن باشد. از سوی دیگر در مقالات و منابع مرجع در گذشته از عبارت اختلال جنسی برای هر دو بیماری اختلال نعوظ و انزال زودرس و همچنین اختلال میل و ارگاسم استفاده می‌شد، همان‌گونه که ابن سینا نیز از عنوان «ضعف باه» برای مجموع این اختلالات استفاده کرده و فقط افزایش میل جنسی را جداگانه بحث کرده است. بنابراین آنچه در مورد عوامل خطر اختلال نعوظ و یا اختلالات جنسی در زیر گفته می‌شود، می‌تواند با انزال زودرس هم مرتبط باشد.

۱-۱-۵- ارتباط سبک زندگی و انزال زودرس (اختلالات جنسی): نتایج چند مطالعه نشان می‌دهد که ایجاد تغییراتی در سبک زندگی مانند افزایش فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی سالم و کاهش کالری دریافتی با بهبود عملکرد نعوظ در مردان مرتبط می‌باشد (۵۱). این تغییرات سبک زندگی از طریق مکانیسم‌هایی شامل بهبود اختلال عملکرد اندوتلیالی، بهبود مقاومت به انسولین و بهبود وضعیت التهابی، در بهتر شدن عملکرد نعوظ نقش دارند (۵۲). مطالعات نشان داده است که اختلالات جنسی مانند انزال زودرس با سلامت جسمی و روانی مرتبط است و یک ارتباط قوی بین این اختلالات و سبک زندگی وجود دارد (۲۱). چندین مطالعه ارتباط اختلالات جنسی و کیفیت زندگی را اثبات کرده است. مردانی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند نمرات رضایت از زندگی و سلامت مغزی کم‌تر و همچنین نمره شاخص حیاتی پایین‌تری در پرسشنامه کیفیت زندگی دارند (۲۱).

۲-۱-۵- تشابه عوامل خطر بیماری عروقی قلب و اختلال نعوظ: وجود اختلال نعوظ در یک فرد نشان می‌دهد که این شخص در خطر ابتلا به بیماری عروق قلبی و مرگ و میر ناشی از آن است، چراکه عوامل خطر آن دو مشترک و علت اصلی مرگ در هر دو جنس در سراسر جهان، بیماری‌های قلبی عروقی هستند. عوامل خطر مشترک اختلال نعوظ و بیماری‌های قلبی عروقی عبارتند از دیابت، سیگار، فشارخون بالا، هیپرلیپیدمی (چربی خون بالا) و سندروم متابولیک. عواملی مانند شرایط سلامتی (بهداشت) فرد، اختلالات روانشناختی و روانپزشکی، بیماری‌های تناسلی - ادراری و شرایط سوشیودموگرافیک (اجتماعی - جمعیتی) و حتی بیماری‌های عروق قلبی، از عوامل خطر اختلال نعوظ هستند.

تغییرات رفتاری در این دهه‌های اخیر باعث ایجاد سبک زندگی غیر بهداشتی شده از جمله این که افزایش نگران‌کننده‌ای در بروز دیابت نوع دو و چاقی رخ داده است. چاقی از عوامل خطر سندروم متابولیک و در نتیجه افزایش بیماری عروقی قلب و دیابت نوع دو است. تقریباً بیش از یک‌سوم بالغین در ایالات متحده به سندروم متابولیک مبتلا هستند.

در مورد مکانیسم تأثیر سندروم متابولیک در اختلال نعوظ این‌گونه بحث شده که سندروم متابولیک می‌تواند سبب حالت پیش التهابی در اندوتلیوم عروقی و کاهش دسترسی و فعالیت نیتریک اکساید شود. نیتریک اکساید عامل پیش‌برنده در انتقال خون ناحیه تناسلی است. اختلالات متابولیک می‌تواند سبب تغییر در تنظیم محور هیپوتالاموسی - هیپوفیزی - گنادی شود (۵۱).

۳-۱-۵- ارتباط تغذیه و اختلالات جنسی: سبک زندگی و تغذیه به عنوان عوامل مرکزی مؤثر بر تولید نیتریک اکساید عروقی و عملکرد نعوظ شناخته شده‌اند (۵۱). در مطالعه‌ای نشان داده شد که مصرف رژیم غذایی غنی از غلات

کامل، حبوبات، سبزیجات و میوه‌ها و در عین حال محدود از نظر گوشت قرمز، محصولات لبنی پرچرب و غذاها و نوشیدنی‌های حاوی مقادیر بالای شکر افزوده، با کاهش خطر اختلال نعوظ مرتبط می‌باشد (۵۳). علاوه بر آن نتایج دو مطالعه دیگر نشان داد که تبعیت از الگوی رژیم غذایی مدیترانه‌ای با شیوع پایین‌تر اختلال نعوظ در مردان دیابتی و غیر دیابتی مرتبط می‌باشد (۵۴-۵۵). از دیدگاه طب سنتی، نزدیکی نباید در هنگام گرسنگی و نیز تا زمانی که غذا از معده خارج نشده انجام شود. همچنین پس از نزدیکی نایستی آب یا نوشیدنی سرد استفاده کرد (۵).

۴-۱-۵- ارتباط اضافه وزن و چاقی با اختلالات جنسی: در ۲۰ تا ۶۴ درصد افراد چاق سطح تستوسترون پایین است. تستوسترون تقریباً هر جزئی از عمل نعوظ را تنظیم می‌کند. همچنین زمان بندی فرایند نعوظ را تعدیل و اصلاح می‌کند (۵۱).

نتایج مطالعات مقطعی و آینده‌نگر نشان‌دهنده ارتباط اضافه وزن و چاقی با اختلال نعوظ می‌باشد (۵۱)، به گونه‌ای که در چندین مطالعه نشان داده شد که احتمال اختلال نعوظ در مردان دارای اضافه وزن و یا چاق در مقایسه با مردان با وزن نرمال ۹۶-۷۰ درصد بالاتر می‌باشد (۵۶-۵۷).

۵-۱-۵- ارتباط ورزش و سلامت جنسی: ابن سینا مهم‌ترین عامل در حفظ سلامت را ورزش می‌داند. ورزش علاوه بر این‌که به طور عمومی عامل حفظ سلامتی است به طور اختصاصی نیز جناب بوعلی سینا ورزش ترجیح (تاب‌سواری) را سبب فعال شدن میل جنسی می‌داند. همچنین تاب‌خوردن در حال خوابیده (مانند گهواره) را برای چاقی شکمی و بیماری‌های کلیه - که هر دو در اختلالات جنسی نقش دارند - مناسب می‌داند. ایشان قایق‌سواری را برای اختلالات معده

منجر به سوء هاضمه (به عنوان علتی برای اختلالات جنسی) مفید می‌داند. نکته مهم این است که نبایستی بلافاصله بعد از ورزش، نزدیکی انجام شود (۵). نتایج چندین مطالعه آینده‌نگر نشان می‌دهد که فعالیت فیزیکی دارای اثرات مفیدی در پیشگیری و یا بهبود اختلال عملکرد نعوظ می‌باشد (۵۶، ۵۸-۵۹). همچنین Cheng و همکاران در مطالعه مروری نظام‌مند خود نشان دادند که فعالیت فیزیکی، با کاهش خطر اختلالات نعوظ مرتبط می‌باشد، به گونه‌ای که فعالیت فیزیکی متوسط و بالا به ترتیب خطر اختلالات نعوظ را به میزان ۳۷٪ و ۵۸٪ کاهش می‌دهد (۶۰). مکانیسم‌هایی که فعالیت فیزیکی از طریق آن‌ها موجب بهبود اختلال عملکرد نعوظ می‌گردد شامل بهبود عملکرد قلبی عروقی، بهبود اختلال عملکرد اندوتلیالی، افزایش میزان نیتریک اکساید اندوتلیالی، کاهش استرس اکسیداتیو و همچنین تأثیر مثبت آن بر سلامت روانی می‌باشد (۵۲).

۶-۱-۵- ارتباط اختلالات خواب و اختلالات جنسی: نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد افرادی که دارای مشکلات خواب به هر دلیلی می‌باشند و نیز آن‌هایی که به دلیل بیماری‌های مزمن، احساس رضایت از خواب شبانه ندارند در مقایسه با دیگران دچار نقصان در عملکرد جنسی می‌باشند (۶۱-۶۲).

همچنین در یک مطالعه مقطعی با هدف ارزیابی ارتباط اختلالات خواب و عملکرد جنسی در مردان، مشخص شد که ارتباط معنی‌داری بین اختلالات خواب و تمامی جنبه‌های عملکرد جنسی وجود دارد، به گونه‌ای که میانگین نمرات عملکرد جنسی در مردان با اختلالات خواب به طور معنی‌داری پایین‌تر از دیگران بود (۶۳). از دیدگاه طب سنتی، نزدیکی نباید بعد از یک بازه زمانی که فرد بی‌خوابی را تحمل کرده، انجام شود (۵).

۷-۱-۵- ارتباط شرایط هوا و اختلالات جنسی: آلودگی هوا سبب آسیب مغزی و دژنراسیون عصبی می‌شود (۶۴). آلودگی هوا می‌تواند سبب بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی، گوارشی، سایکولوژیک و مشکلات بهداشتی مزمن مانند فشار خون بالا، دیابت و سرطان شود (۶۵).

از دیدگاه طب سنتی ایران، آلودگی هوا هم در کوتاه‌مدت و هم در درازمدت سبب آسیب قلبی عروقی و مغزی می‌شود. عوارض قلبی از دیدگاه هر دو حیطة طب سنتی و طب رایج، شایع‌ترین عارضه آلودگی هواست (۶۶). بنابراین آلودگی هوا با تأثیری که بر سیستم قلبی عروقی و عصبی مرکزی دارد و همچنین با سایر عوارض ذکرشده می‌تواند سبب اختلالات جنسی شود. در هوای بسیار سرد و یا گرم بایستی از نزدیکی پرهیز کرد (۵).

بحث

هر دو حیطة پزشکی رایج و طب سنتی به بیماری‌های قلبی، کبدی، معدی، کلیوی، نورولوژیک و روانشناختی به عنوان عاملی برای اختلالات جنسی و در نتیجه انزال زودرس اشاره کرده‌اند. علل مربوط به آلت تناسلی، اختلالات متابولیک، علل فیزیولوژیک، بافت‌شناختی و یا تشریحی (کمی قدرت عضله/ضعف ماسکه) و علل مربوط به گندهای جنسی به زبان متفاوتی در هر دو حیطة طب رایج و سنتی مطرح شده است. طب رایج اختصاصاً به علل هورمونی (تیروئید) اشاره کرده است. طب سنتی نیز اختصاصاً به علائم مرتبط با مایع منی در این مورد پرداخته و بر اساس آن یک تقسیم‌بندی سه‌گانه مرتبط با یک اختلال عمومی بدنی و یا اختلال بیضه‌ای را مطرح کرده است. این بررسی به یک دسته‌بندی چهارده‌گانه در علل مربوط به انزال زودرس رسید که در جدول ۱

نشان داده شده است. در هشت مورد از این طبقه‌بندی، مطابقت از لحاظ لفظ و معنا (علل قلبی، کبدی، معدی، کلیوی، مغزی، روانی، فواصل طولانی نزدیکی، علل آناتومیک (اتساع مجرای آلت))، دو مورد مطابقت در معنا (علل فیزیولوژیک/ مزاجی، علل مربوط به آلت (نوروپاتی/ سردی عصب))، یک مورد قابل تطبیق (سوء مزاج عمومی/ اختلالات هورمونی)، یک مورد مطابق، اما با درجه‌بندی متفاوت در علائم و بیماری‌شناسی (سوء مزاج بیضه و بیماری آن) منتهی گردید. علل دارویی و سایر اختلالات جنسی نیز به عنوان علل انزال زودرس با مصادیق متفاوت در دو حیطه طبی بیان شده است.

بنابراین در مقایسه علل انزال زودرس در طب سنتی و رایج، اگرچه تاکنون مقاله‌ای منتشر نشده، می‌توان در یک بررسی جزئی‌تر، این علل را به مشابه و غیر مشابه اشاره کرد. در جدول ۱ سعی شده است علل همسان و متشابه در دو حیطه طب سنتی و طب رایج در یک ردیف قرار گیرند. حسن این روش این است که در برخورد با فرد مبتلا به انزال زودرس می‌توان تمام عللی که در هر دو حوزه طبی اشاره شده را در شرح حال قرار داد، البته باید این نکته را مد نظر قرار داد که نوع طبقه‌بندی بیماری در دو حوزه طبی، اساساً متفاوت خواهد بود. تشابهات، تفاوت‌ها و تمایزها را در این مقایسه می‌توان این‌گونه جمع‌بندی کرد:

۱- طب رایج به برخی علل یا علائم مرتبط با انزال زودرس اشاره می‌کند که در طب سنتی به صورت مستقیم به آن‌ها اشاره نشده است، مانند سن، تحصیلات دانشگاهی، پروستاتیت مزمن، افزایش حساسیت‌پذیری پنیس؛

۲- در طب رایج، به علل مرتبط با بیماری به صورت جزئی‌تری اشاره شده است. شاید برخی علل جزئی را بتوان در یک مجموعه قرار داد و همه را ناشی از یک علت ریشه‌ای‌تر دانست. به عنوان مثال شاید بتوان بیماری‌هایی مانند سابقه شب

ادراری و سندروم درد مزمن لگنی را همگی ناشی از همان بیماری با عنوان ضعف ماسکه (نیروی نگه‌دارنده) آلات منی از دیدگاه طب سنتی دانست. این ضعف می‌تواند ریشه در اختلال مزاج (فیزیولوژیک) یا ترکیب (تشریحی، بافتی) داشته باشد؛

۳- در طب سنتی، در بررسی علل انزال زودرس به علائم و نشانه‌های ماده منی (حجم، غلظت، رنگ) اشاره شده که در منابع مورد بررسی در طب رایج به این موضوع اشاره نشده است؛

۴- برخی علل در هر دو حوزه، واضحاً مشابه‌اند، مانند کاهش فراوانی مقاربت؛

۵- برخی علل در دو حیطة طب سنتی و رایج از نظر مفهومی مانند هم هستند، مانند ضعف ماسکه سیستم تناسلی و تغییرات بافت و عضلات کف لگنی که اولی در طب سنتی و دومی در طب رایج اشاره شده است و یا اضطراب در طب جدید و ضعف قلب و مغز در طب سنتی؛

۶- اساساً دسته‌بندی علل انزال زودرس در طب سنتی، به صورت سوء مزاج و ضعف عضوی، آن را از طب رایج متفاوت خواهد کرد که این امر در درمان اختلال کمک بیشتری به پزشک خواهد کرد. وقتی از سوء مزاج یا ضعف عملکرد عضوی صحبت می‌شود، در واقع به علائمی توجه می‌کنیم که می‌تواند تشخیص بالینی را سریع‌تر محقق کند. به عنوان مثال وقتی در تشخیص انزال زودرس از ویژگی‌های منی و علائم مرتبط با سوء مزاج عام بدن می‌پرسیم تشخیص متمایز و سریع الوصول خواهد بود و به نظر می‌رسد این توجه به علائم ظاهراً غیر مهم (مانند رنگ منی)، تشخیص بیماری را در مراحل زودتر و قبل از این که پیشرفت کند محقق سازد، به ویژه وقتی بدانیم اختلالات جنسی نشانه‌ای برای تشخیص بیماری قلبی است و شاید بتوان گفت این نظام مصاحبه بالینی، ویژگی خاص طب سنتی در تشخیص بالینی است به شرط این که تبحر کافی در انجام آن باشد؛

۷- در طب سنتی برای هر نوع از انزال زودرس، علت خاصی وجود دارد. در واقع طبقه‌بندی بر اساس علت است (علل یا مزاجی‌اند یا ساختاری (تشریحی یا بافتی)). به عبارت دیگر همه علل در نهایت به تغییر مزاج یا ترکیب در اعضای مرتبط با تولید منی و مقاربت منجر می‌شوند. در طب رایج هر گروه از سندروم‌های انزال زودرس، الزاماً با علت مشخصی در ارتباط نیست؛

۸- نکته مهم این است که هم طب رایج و هم طب سنتی به علل قلبی، کبدی و مغزی که اصلی‌ترین اعضای بدن شناخته می‌شوند، به عنوان علل انزال زودرس اشاره کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد اولین بار حکیم سیداسماعیل جرجانی (۱۰۴۲-۱۱۳۷ م)، دانشمند ایرانی، انزال زودرس را از نظر علل پدیدآورنده آن دسته‌بندی کرد (۶۷). علل مورد بحث در دو حوزه طب سنتی و رایج با توجه به اصول اولیه متفاوت، در نگاه اول متمایز به نظر می‌رسد، اما مقایسه دقیق‌تر اشتراکات قابل توجهی را نشان می‌دهد. عللی که در هر دو حوزه طب سنتی و رایج مشترکاً بیان شده، تأییدی بر علل مطرح‌شده در حوزه طب سنتی با واسطه مطالعات جدید است. از طرفی، با توجه به نیاز به انجام مطالعات بیشتر برای تأیید بیشتر علل مذکور در طب رایج، دلایل اشاره‌شده در طب سنتی تأکیدی بر درستی طراحی این مطالعات است. عللی که در طب سنتی مطرح شده، ولی در طب رایج به آن‌ها اشاره‌ای نشده، می‌تواند مبنای پژوهش‌ها و مطالعات جدید قرار گیرد. در حوزه طب سنتی هر علت با یک مجموعه از علائم خود را نشان می‌دهد، اگرچه ممکن است عنوان آن علت یا اتیولوژی در طب سنتی با مفاهیم پایه طب رایج همسان نباشد (مانند عبارت سوء

مزاج)، اما استفاده از این مجموعه علائم و ابزارهای مرتبط با آن در هر دو حوزه طب سنتی و رایج، می‌تواند ما را به پاتوفیزیولوژی دقیق‌تر از بیماری و همچنین درمان کارآمدتر رهنمون سازد.

جدول ۱: علل انزال زودرس از دیدگاه طب سنتی در مقایسه با طب رایج

طب سنتی		طب رایج	
«علائم» مرتبط با انزال زودرس از دیدگاه طب سنتی	«علل» انزال زودرس از دیدگاه طب سنتی	«علائم» مرتبط انزال زودرس از دیدگاه طب رایج	«علل» انزال زودرس از دیدگاه طب رایج
۱- اختلال مرتبط با بیضه‌ها			
حجم منی: زیاد رنگ منی: بسیار سفید غلظت منی: رقیق	سوء مزاج سرد و تر		
غلظت منی: متعادل حجم منی: زیاد	سوء مزاج گرم و تر		
رنگ منی: زرد غلظت منی: رقیق سوزش منی	سوء مزاج گرم		
۲- علل مربوط به آلت تناسلی			
			حساسیت بیش از اندازه گلانس پنیس
	سردی عصب		نورپاتی محیطی
۳- اختلال عمومی بدن / علل اندوکراین			
			پرکاری تیروئید
	زیادی تولید خون و منی		
خستگی ضعف بدنی سوءهاضمه اختلال حسی عصبی (هیپوستزی)	سوء مزاج سرد و تر بدن		
	لاغری		
۴- فیزیولوژی (مزاج) طبیعی			
	مزاج طبیعی گرم بیضه		فیزیولوژی فردی

	مزاج فردی مرتبط با انفعالات نفسانی (میزان شجاعت یا اضطراب و...)		علت روان‌زاد
			علل ژنتیک
			پیش زمینه تکاملی و سایکودینامیک
			سن پایین
	ضعف ماسکه دستکاه تناسلی		
۵- ساختار (ترکیب آناتومیک یا بافتی)			
			تغییرات کف لگنی
			سندروم درد مزمن لگنی
	اتساع مجرای پنیس		اتساع پیشابراه خلفی
۶- علل قلبی			
اختلال نعوظ میل جنسی کم کمی نشاط از نزدیکی تپش قلب خجالت، ترس و نگرانی	ضعف عملکرد قلب		بیماری‌های قلبی
۷- علل کبدی			
میل جنسی کم سوء هاضمه	ضعف عملکرد کبد		سیروز مرحله نهایی بیماری کبدی
۸- علل معدی			
	سوء هضم		سوء هاضمه
۹- علل سایکولوژیک			
	اعراض نفسانی (عارضه‌های روحی روانی)		ارتباط ناسازگار با همسر اضطراب خشم از نزدیکی ترس از سیستم تناسلی

			زن
			شرطی شدن رفتاری
			عجله در دخول
۱۰- علل نورویبولوژیک			
میل جنسی کم	ضعف عملکرد مغز		اختلال در انتقال عصبی
اختلال نعوظ			مرکزی سروتونین
عدم لذت از نزدیکی			بیماری عروقی مغز
کدورت حواس			صرع
کندی و سختی در انجام حرکات			MS
	سابقه ضربه به سر		
	سابقه افتادن		
			ادراک مغزی قوی از عصب پودندال
۱۱- علل کلیوی / ارولوژیک			
	ضعف عملکرد کلیه		بیماری مزمن کلیوی
			پروستاتیت مزمن
			واریکوسل
			شب ادراری
۱۲- فواصل نزدیکی			
	فواصل طولانی فعالیت جنسی		فراوانی کم فعالیت جنسی
۱۳- علل دارویی			
			سوء مصرف مواد
			قطع مصرف ناگهانی اپیوئید
	شیرخشت		
۱۴- سایر اختلالات جنسی			
			اختلال نعوظ
	میل زیاد جنسی		

پی‌نوشت‌ها

1. Lifelong

۲. و لتعلم أن القضيب يأتيه قوة الانتشار و ريحه من القلب، و يأتيه الحس من الدماغ و النخاع، و يأتيه الدم المعتدل و الشهوة من الكبد و الشهوة الطبيعية له و قد تكون بمشاركة الكلية و عندي ان أصلها من القلب.

۳. و أما القضيب، فإنه عضو آلي يتكون من أعضاء مفردة رباطية، عصبية، عروقية و لحمية.

۴. قد خلق الأثيان كما علمت، عضوين رئيسين يتولد فيهما المنى... كأنها فضل من الغذاء الرابع في البدن كله.

5. VPE: Variable Premature Ejaculation

6. SPE: Subjective Premature Ejaculation

7. International Society for Sexual Medicine

۸. و إن كان من الدماغ قل حس حركة المنى، و لم تكن الدغدغة المتقاضية للجماع مما يهيج.

9. Hypothetical Hyperexcitable

فهرست منابع

1. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, 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.
2. Mohee A, Eardley I. Medical therapy for premature ejaculation. *Ther Adv Urol.* 2011; 3(5): 211-222.
3. Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A, Winkler JV. 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.* 2012; 61(4): 736-743.
4. Waldinger MD. *Pathophysiology of Lifelong Premature Ejaculation*. In: Jannini AE, McMahon GC, Waldinger DM, Editor. *Premature Ejaculation: from Etiology to Diagnosis and Treatment*. Milano: Springer Milan; 2013: 71-80.
5. Avicenna, Abu-Ali Hossein Ibn-e-Abdollah. *Qanon Fi- al-teb [Canon In Medicine]*. By Ebrahim Shamsoddin. Beirut: Aalami Publication; 2003. Vol.3, 373-398.

6. Mulhall JP, Teloken PE. *Secondary Premature Ejaculation*. In: Jannini AE, McMahon GC, Waldinger DM, Editors. *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment*. Milano: Springer Milan; 2013. 273-288.
7. Sohn P-MH. *Reproductive and Sexual Function: Premature Ejaculation*. In: Alan J. Wein, Editor-In-Chief. Alan W. Partin, Craig A. Peters, Louis R. Kavoussi, Andrew C. Novick, Editors. *Campbell-Walsh Urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. 771-779.
8. Arzani MA. *Tebbe Akbari*. Center of Instauration of Natural Medicine. Qom: Jalaloddin Publication; 2008. 880-905. [Persian]
9. Gilani Vali. *Sette Zarurieh [Six Necessary Principles]*. Corrected By Gorji N, Moeini R, Rezaei Pour N. Tehran: Almaei Publication; 2012. 101-120. [Persian]
10. Ganji M. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Translated by Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Tehran: Savalan Publication; 2015. Vol.1, 69-150. [Persian]
11. Waldinger MD. *Risk Factors In Premature Ejaculation: The Genetic Risk Factor*. In: Jannini AE, McMahon GC, Waldinger DM, Editor. *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment*. Milano: Springer Milan; 2013. 111-123.
12. Corona G, Rastrelli G, Maggi M. *Treatment of Premature Ejaculation and Comorbid Endocrine and Metabolic Disorders*. In: Jannini AE, McMahon GC, Waldinger DM, Editor. *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment*. Milano: Springer Milan; 2013. 289-303.
13. Boonjindasup AG, Serefoglu EC, Hellstrom WJG. *Risk Factors In Premature Ejaculation: The Urological Risk Factor*. In: Jannini AE, McMahon GC, Waldinger DM, Editors. *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment*. Milano: Springer Milan; 2013. 159-166.
14. Cheng AWC. *Premature Ejaculation: Simple Behavioral Therapy Steps*. In: Lim CPH, Editor. *Men's Health*. London: Springer London; 2013. 131-132.

15. Kit NK. *Initial Workup and Use of Assessment Tools*. In: Lim CPH, Editor. *Men's Health*. London: Springer London; 2013. 115-119.
16. Abdel-Hamid IA, Abdel-Razek MM, Anis T. *Risks Factors In Premature Ejaculation: The Neurological Risk Factor and the Local Hypersensitivity*. In: Jannini AE, McMahon GC, Waldinger DM, Editors. *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment*. Milano: Springer Milan; 2013. 167-185.
17. Donatucci CF. Etiology of ejaculation and pathophysiology of premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*. 2006; 3(4): 303-308.
18. Wyllie MG, Hellstrom WJ. The Link between Penile Hypersensitivity and Premature Ejaculation. *BJU Int*. 2011; 107(3): 452-457.
19. Morris BJ, Krieger JN. Does Male Circumcision Affect Sexual Function, Sensitivity or Satisfaction? A Systematic Review. *J Sex Med*. 2013; 10(11): 2644-2657.
20. Buvat J. Pathophysiology of Premature Ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011; 4: 316-327.
21. Tan HM, Tong SF, Ho CC. Men's Health: Sexual Dysfunction, Physical, and Psychological Health, Is There a Link? *J Sex Med*. 2012; 9(3): 663-671.
22. Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Margonato A, Macchi A, et al. Erectile Dysfunction Prevalence, Time of Onset and Association with Risk Factors in 300 Consecutive Patients with Acute Chest Pain and Angiographically Documented Coronary Artery Disease. *Eur Urol*. 2003; 44(3): 360-364.
23. Billups KL. Sexual Dysfunction and Cardiovascular Disease: Integrative Concepts and Strategies. *Am J Cardiol*. 2005; 96(12): 57-61.
24. Inman BA, St.Sauver JL, Jacobson DJ, Mcgree ME, Nehra A, Lieber MM, et al. A Population-Based, Longitudinal Study of Erectile Dysfunction and Future Coronary Artery Disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2009; 84(2): 108-113.
25. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA. Erectile Dysfunction and Subsequent Cardiovascular Disease. *Jama*. 2005; 294(23): 2996-3002.

26. Nascimento ER, Maia ACO, Pereira V, Soares-Filho G, Nardi AE, Silva AC. Sexual Dysfunction and Cardiovascular Diseases: A Systematic Review of Prevalence. *Clinics*. 2013; 68(11): 1462-1468.
27. Papadopoulou E, Varouktsi A, Lazaridis A, Boutari C, Doumas M. Erectile Dysfunction in Chronic Kidney Disease: From Pathophysiology to Management. *World Journal of Nephrology*. 2015; 4(3): 379-387.
28. Vecchio M, Palmer SC, Tonelli M, Johnson DW, Strippoli GF. Depression and Sexual Dysfunction in Chronic Kidney Disease: A Narrative Review of the Evidence in Areas of Significant Unmet Need. *Nephrol Dial Transplant*. 2012; 27(9): 3420-3428.
29. Rebollo P, Ortega F, Valdes C, Fernandez-Vega F, Ortega T, Garcia-Mendoza M, et al. Factors Associated with Erectile Dysfunction in Male Kidney Transplant Recipients. *Int J Impot Res*. 2003; 15(6): 433-438.
30. Malavaud B, Rostaing L, Rischmann P, Sarramon JP, Durand D. High Prevalence of Erectile Dysfunction after Renal Transplantation. *Transplantation*. 2000; 69(10): 2121-2124.
31. Espinoza R, Gracida C, Cancino J, Ibarra A. Prevalence of Erectile Dysfunction in Kidney Transplant Recipients. *Transplant Proc*. 2006; 38(3): 916-917.
32. Burra P. Sexual Dysfunction After Liver Transplantation. *Liver Transplantation*. 2009; 15(2): 50-56.
33. Huyghe E, Kamar N, Wagner F, Yeung SJ, Capietto AH, El-Kahwaji L, et al. Erectile Dysfunction in Liver Transplant Patients. *Am J Transplant*. 2008; 8(12): 2580-2589.
34. Peuskens J, Sienaert P, De Hert M. Sexual Dysfunction: The Unspoken Side Effect of Antipsychotics. *European Psychiatry*. 1998; 13(1): 23-30.
35. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of Sexual Dysfunction Among Newer Antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(4): 357-366.
36. Letourneau EJ, Schewe PA, Frueh BC. Preliminary Evaluation of Sexual Problems in Combat Veterans with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 1997; 10(1): 125-132.

37. Zemishlany Z, Weizman A. The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008; 29: 89-106.
38. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, Mckinlay JB. The Relationship between Depressive Symptoms and Male Erectile Dysfunction: Cross-Sectional Results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine.* 1998; 60(4): 458-465.
39. Sugimori H, Yoshida K, Tanaka T, Baba K, Nishida T, Nakazawa R, et al. Relationships between Erectile Dysfunction, Depression and Anxiety in Japanese Subjects. *J Sex Med.* 2005; 2(3): 390-396.
40. Nicolosi A, Moreira ED, Jr, Villa M, Glasser DB. A Population Study of the Association between Sexual Function, Sexual Satisfaction and Depressive Symptoms in Men. *Journal of Affective Disorders.* 82(2): 235-243.
41. Quek KF, Sallam AA, Ng CH, Chua CB. Prevalence of Sexual Problems and Its Association with Social, Psychological and Physical Factors Among Men in a Malaysian Population: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 2008; 5(1): 70-76.
42. Fass R, Fullerton S, Naliboff B, Hirsh T, Mayer EA. Sexual Dysfunction in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Non-Ulcer Dyspepsia. *Digestion.* 1998; 59(1): 79-85.
43. Jorjani SE. *Zakhire Kharazmshahi [Kharazmshahi Accumulation]*. Tehran: Institute of Medical History & Islamic and Complementary Medicine Studies, Iran University; 2008. 533-545. [Persian]
44. Aghili Khorasani MH. *Moalejat-e-Aghili [AGHILI Therapeutics]*. Tehran: Institute of Medical History & Islamic and Complementary Medicine Studies, Iran University; 2008. Vol.2, 58-74. [Persian]
45. Ebrahimi EZ. *Daghaegh-al-Elaj [Accurate Subjects About Therapeutics]*. Translated by Kermani MK. Kerman: Saadat Publication; 1983. Vol.1, 433-460. [Persian]
46. Aazam Khan Chashti M. *Exir-e-Aazam [Grate Panacea]*. Tehran: Institute of Medical History & Islamic and Complementary Medicine Studies, Iran University; 2008. 530-615. [Persian]

47. Shirazi MT. *Tashil-al-Elaj [Simplification of Treatment]*. Qom: Institute of Revival of Innate Medicine, Jalal-al-Din Publication; 2008. 105-107. [Persian]
48. Ahmad Ibn-e-Soleiman. *Roju-al-Sheikh ela Sabah Fi Al-Ghovve Al-Bah [Recurrence of Sexual Potency of Elders Into Youth]*. Tehran: Institute of Medical History & Islamic and Complementary Medicine Studies, Iran University; 2008.
49. Kermani NE. *Sharh-al-Asbab & al-Alamat [Explanation Of Etiologies And Symptoms]*. Qom: Institute of Revival of Innate Medicine, Jalal-al-Din Publication; 2008. 181-198.
50. Jorjani SE. *Alaghras-al-Tebbeie & Mabahas-al-Alaeieh [Medical Targets and ALAEI Subjects]*. Tehran: Tehran University Publication; 1995. 760-773. [Persian]
51. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Lifestyle Modifications and Erectile Dysfunction: What Can Be Expected? *Asian Journal of Andrology*. 2015; 17(1): 5-10.
52. Van Craenenbroeck EM, Conraads VM. Endothelial Progenitor Cells In Vascular Health: Focus on Lifestyle. *Microvasc Res*. 2010; 79(3): 184-192.
53. Wang F, Dai S, Wang M, Morrison H. Erectile Dysfunction And Fruit/Vegetable Consumption Among Diabetic Canadian Men. *Urology*. 2013; 82(6): 1330-1335.
54. Giugliano F, Maiorino MI, Bellastella G, Autorino R, De Sio M, Giugliano D, et al. Adherence To Mediterranean Diet and Erectile Dysfunction in Men With Type 2 Diabetes. *J Sex Med*. 2010; 7(5): 1911-1917.
55. Esposito K, Giugliano F, De Sio M, Carleo D, Di Palo C, D'Armiento M, et al. Dietary Factors in Erectile Dysfunction. *Int J Impot Res*. 2006; 18(4): 370-374.
56. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, Kleinman KP, Mohr BA, Araujo AB, et al. Erectile Dysfunction and Coronary Risk Factors: Prospective Results from the Massachusetts Male Aging Study. *Preventive Medicine*. 2000; 30(4): 328-338.

57. Shiri R, Koskimaki J, Hakama M, Hakkinen J, Huhtala H, Tammela TL, et al. Effect of Life-Style Factors on Incidence of Erectile Dysfunction. *Int J Impot Res*. 2004; 16(5): 389-394.
58. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. A Prospective Study of Risk Factors for Erectile Dysfunction. *The Journal of Urology*. 2006; 176(1): 217-221.
59. Ponholzer A, Temml C, Mock K, Marszalek M, Obermayr R, Madersbacher S. Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in 2869 Men Using a Validated Questionnaire. *European Urology*. 2005; 47(1): 80-86.
60. Cheng JY, Ng EM, Ko JS, Chen RY. Physical Activity and Erectile Dysfunction: Meta-Analysis of Population-Based Studies. *Int J Impot Res*. 2007; 19(3): 245-252.
61. Jannini EA, Sternbach N, Limoncin E, Ciocca G, Gravina GL, Tripodi F, et al. Health-Related Characteristics and Unmet Needs of Men with Erectile Dysfunction: A Survey in Five European Countries. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014; 11(1): 40-50.
62. Jankowski JT, Seftel AD, Strohl KP. Erectile Dysfunction and Sleep Related Disorders. *J Urol*. 2008; 179(3): 837-841.
63. Charandabi SM, Rezaei N, Hakimi S, Khatami S, Valizadeh R, Azadi A. Sleep Disturbances and Sexual Function Among Men Aged 45-75 Years in an Urban Area of Iran. *Sleep Science*. 2016; 9(1): 29-34.
64. Calderon-Garciduenas L, Mora-Tiscareno A, Ontiveros E, Gomez-Garza G, Barragan-Mejia G, Broadway J, et al. Air Pollution, Cognitive Deficits and Brain Abnormalities: A Pilot Study with Children and Dogs. *Brain Cogn*. 2008; 68(2): 117-127.
65. Kampa M, Castanas E. Human Health Effects of Air Pollution. *Environ Pollut*. 2008; 151(2): 362-367.
66. Babaeian M, Naseri M, Kamalinejad M, Ghaffari F, Mazaheri M. Air Pollution: Avicenna's Concept. *Int J Prev Med*. 2016; 7: 35.
67. Sharifi AR, Homayounfar A, Mosavat SH, Heydari M, Naseri M. Premature Ejaculation and Its Remedies in Medieval Persia. *Urology*. 2016; 90: 225-228.

یادداشت شناسه مؤلفان

احمد رضا شریفی علون آبادی: دانشجوی دکترای تخصصی طب سنتی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

فریدون خیام فر: استادیار ارولوژی، گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

محسن ناصری: دانشیار، دکترای تخصصی فارماکولوژی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

محمد کمالی نژاد: پژوهشگر، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فاطمه علیجانیها: استادیار، دکترای تخصصی داروسازی سنتی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

زهرا بهاء الدین: دکترای تخصصی داروسازی سنتی، مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

Etiology of premature ejaculation from the perspective of Traditional Persian Medicine and conventional medicine

Ahmad Reza Sharifi Olounabadi

Fereidoun Khayyamfar

Mohsen Naseri

Mohammad Kamalinejad

Fatemeh Alijaniha

Zahra Bahaeddin

Abstract

Introduction: Premature ejaculation (PE) that is named as "Sorata-e-Enzal" [ejaculation quickly] in traditional Persian medicine (PM), means to ejaculate sooner than one minute from the start of vaginal penetration, inability to delay ejaculation and distress and suffering during intercourse. Its prevalence has been reported 2.3 to 30 percent.

The aim of this study was to evaluate and compare the causes of premature ejaculation in traditional and conventional medicine and use it to explain more accurate concept of pathophysiology of the disease which provides more appropriate way to achieve therapeutic protocol.

Method: Data collection was based on targeted review of the credible books from traditional medicine such as Canon of Medicine and recent reference books and literatures in urology and psychiatry. The causes of premature ejaculation were obtained by searching keywords such as premature ejaculation and sexual disorders in databases including Pub Med, Science Direct, SID (Scientific Information Database) and also Google Scholar from 2004 to 2016. The causes identified were summarized in a table and the similarities and differences were determined.

Results: At the first look, the causes of premature ejaculation in traditional and conventional medicine seem to be different but more exact comparison showed significant similarities. The effect of six

essential factors (named as *sette-zarurieh* in PM) on PE has been explained in both traditional and conventional medicine.

In conventional and traditional medicine, the diseases of heart, liver, stomach and kidney and also neurological and psychological disorders cited as factors for sexual dysfunction.

Factors related to the penis diseases, metabolic disorders or physiological, anatomical, histological diseases and causes related to sexual gonads have been mentioned in both conventional and traditional medicine. Conventional medicine specifically expresses hormonal causes (hyperthyroidism) whilst Persian medicine exclusively has explained symptoms related to semen liquid in this disorder.

Discussion & Conclusion: This review has categorized fourteen causes for premature ejaculation that are similar in both conventional and Persian medicine in almost all fields.

Keywords:

Premature ejaculation, Traditional Persian Medicine (PM), Sexual disorder, Avicenna