

女性性交疼痛障碍

评估和处理

编者 Andrew T. Goldstein
Garoline F. Pukall
Irwin Goldstein

主译 朱 兰

女性性交疼痛障碍

评估和处理

编者 Andrew T. Goldstein
Caroline F. Pukall
Irwin Goldstein

主译 朱 兰

译者 (按汉语拼音排序)

戴毓欣 蒋 芳 梁 硕 娄文佳
任 常 商 晓 孙之星 仝佳丽
王 姝 王 巍 俞 梅 张 蕾
周慧梅

秘 书 娄文佳

Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management, by Andrew T. Goldstein, Caroline F. Pukall, Irwin Goldstein

Copyright © 2009 by Blackwell Publishing Ltd

All Rights Reserved. This translation published under license. Authorized translation from the English language edition, entitled Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management, ISBN 978-1-4051-8398-7, by Andrew T. Goldstein, Caroline F. Pukall, Irwin Goldstein, Published by John Wiley & Sons. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyrights holder.

Copies of this book sold without a Wiley sticker on the cover are unauthorized and illegal.

敬告

本书的作者、译者及出版者已尽力使书中的知识符合出版当时国内普遍接受的标准。但医学在不断地发展,随着科学研究的不断探索,各种诊断分析程序和临床治疗方案以及药物使用方法都在不断更新。强烈建议读者在使用本书涉及的诊疗仪器或药物时,认真研读使用说明,尤其对于新的产品更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

需要特别声明的是,本书中提及的一些产品名称(包括注册的专利产品)仅仅是叙述的需要,并不代表作者推荐或倾向于使用这些产品;而对于那些未提及的产品,也仅仅是因为限于篇幅不能一一列举。

图书在版编目(CIP)数据

女性性交疼痛障碍:评估和处理 / (美) 格斯登 (Goldstein, A.T.) 主编; 朱兰译. —北京: 人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-19513-3

I. ①女… II. ①格…②朱… III. ①女性-性功能障碍 IV. ①R711.77

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第156205号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

图字:01-2012-1227

女性性交疼痛障碍 ——评估和处理

主 译: 朱 兰

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 17

字 数: 413 千字

版 次: 2015 年 12 月第 1 版 2015 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19513-3/R·19514

定 价: 92.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

目 录

- 第 1 章 外阴痛的历史背景 /1
- 第 2 章 性交痛的流行病学 /4
- 第 3 章 性交痛的相关话题 /8
- 第 4 章 性交疼痛的评估:病史、查体、实验室检查 /13
- 第 5 章 性交疼痛的心理评估和测量 /20
- 第 6 章 性交疼痛物理治疗的评价 /26
- 第 7 章 外阴镜在性交疼痛评估中的应用 /31
- 第 8 章 诱发性前庭痛 /41
- 第 9 章 外阴皮肤病引起的性交疼痛 /48
- 第 10 章 化脓性汗腺炎 /56
- 第 11 章 性传播感染疾病 /65
- 第 12 章 广泛性外阴痛 /74
- 第 13 章 盆底功能障碍的物理治疗 /80
- 第 14 章 间质性膀胱炎与性交痛 /85
- 第 15 章 外阴阴道炎 /92
- 第 16 章 非感染性阴道炎 /101
- 第 17 章 阴部神经痛 /107
- 第 18 章 女性生殖道的先天性畸形 /113
- 第 19 章 子宫内膜异位症 /117
- 第 20 章 盆腔炎性疾病 /124
- 第 21 章 性交困难与肠易激综合征 /129
- 第 22 章 盆腔器官脱垂和性交痛 /136
- 第 23 章 性交疼痛的认知行为学、物理疗法和其他治疗 /142
- 第 24 章 外阴痛的外用治疗和注射治疗 /147
- 第 25 章 手术治疗:前庭痛所致女性性交困难的一种有效治疗方式 /153
- 第 26 章 外阴疼痛:神经科专家的观点或见解 /159
- 第 27 章 肥大细胞及其在性交痛疾病中的作用 /166
- 第 28 章 女性性交痛障碍的激素因素 /170
- 第 29 章 平滑肌瘤和附件包块:是性交痛的一个重要原因吗? /184
- 第 30 章 性交困难的动物模型 /188
- 第 31 章 性交痛对心理和两性关系的影响 /196
- 第 32 章 性交困难和性或躯体虐待 /200
- 第 33 章 性疼痛和癌症 /206
- 第 34 章 产后性交困难 /211
- 第 35 章 阴道痉挛:评估及治疗 /216
- 第 36 章 女性生殖道割礼 /222
- 第 37 章 建立性交疼痛治疗中心的实践要素 /231
- 第 38 章 患者权益倡导组织的力量 /237
- 第 39 章 外阴疼痛研究未来展望 /242
- 结 论 /247
- 索 引 /248

外阴痛的历史背景

外阴痛 (Vulvodynia) 的由来

外阴痛,又称为慢性外阴疼痛,该症状早在几个世纪前就已被人们所认识,但直到最近才有了较为全面的描述。作为最早记录妇科知识的古老卷宗,古埃及的蒲草纸抄本——包括卡亨(Kahun)妇科蒲草纸抄本和拉姆西斯(Ramesseum)蒲草纸抄本中——均提到了外阴疼痛^[1,2]。该症状亦曾在古代医学文献中被艾菲索斯(ephesus,古希腊城市,今在土耳其,译者注)的索兰纳斯(Soranus,名医,译者注)所提及,其中他所提到“satyriasis in females”(原意为女性色情狂,译者注)的情况类似于我们今天所说的外阴痛^[3]。然而,从医学角度关于该症状的确切描述直到现代才在文献中出现。

诱发性前庭痛(*provoked vestibulodynia*, PVD)的由来

早期关于外阴痛的讨论集中在患者的主诉:性交痛(dyspareunia)一词由Barnes于1874^[4]年提出。在19世纪后期,Thomas^[5]和Skene^[6]描述了外阴过分敏感。Thomas^[5]描述该症状为:“外阴部分黏膜表面的神经过度敏感,有时包括前庭……(且)有时包括一侧小阴唇”。他注意到出现该症状的女性会在早期主诉性交痛。无独有偶,1889年,Skene^[6]和Kellogg^[7]报道了阴道开口处的敏感区域会导致性交问题。之后的四十年中,关于性交痛的新报道微乎其微,直到1928年关于该症状的描述和研究才在文献中再次出现。Kelly^[8]就外阴痛对于性交过程的负面影响作

了进一步的补充,将其形容为:“源源不竭的性交痛源头”。

此后,外阴区域与疼痛相关的特殊位点亦逐步得到报道。Dickinson^[9]发现在他的性交痛患者中,75%存在着器质性的病因,如处女膜、尿道口和阴唇系带的异常等。Hunt^[10]认为前庭大腺的结构与疼痛无关,Dickinson^[9]的报道亦支持该论点。随后,关于疼痛诱因的探索亦逐渐在文献中出现。O'Donnell^[11]认为疼痛是由于处女膜破裂后的慢性炎症导致。Pelisse和Hewitt^[12]、Davis^[13]及Woodruff和Parmley^[14]亦列出证据,支持女性发生性交痛与炎性反应相关的论点。比如,Pelisse和Hewitt^[12]发现了在患者前庭后部急慢性炎症的组织病理学证据。相关症状的英文名词被缀以“-itis”,包括:中心外阴炎(focal vulvitis)^[15]、前庭腺炎(vestibular adenitis)^[16]、中心外阴前庭炎(focal vestibulitis vulvae)^[17]和外阴前庭炎综合征(vulvar vestibulitis syndrome)等,亦反映了炎性反应在其中的作用。

外阴前庭炎综合征(vulvar vestibulitis syndrome, VVS)的概念广泛用于形容一种以性交痛为主诉,可定位、可诱发的症状。Friedrich^[18]提出了外阴前庭炎综合征的诊断标准,即:“触碰前庭或试图进入阴道时的严重疼痛,会阴前庭区张力增大,查体发现前庭不同程度的红肿。目前,Friedrich的相关诊断标准被质疑,大部分临床医生往往是在排除了其他诱因导致的疼痛后再作出此诊断。另外,就术语学而言存在着另一问题,“前庭炎”意指存在炎性反应,然而,并非所有文献报道均发现患有外阴前庭炎综合征的女性中存在

前庭的炎性反应。因此,国际外阴阴道疾病研究学会(International Society for the Study of Vulvovaginal Disease ISSVD)将外阴前庭炎综合征更名为诱发性前庭痛^[19]。

广泛外阴疼痛(*generalized vulvodynia GVD*)的由来

1975年,国际外阴阴道疾病研究学会ISSVD将其描述为“外阴灼烧综合征”(burning vulva syndrome)。8年后,ISSVD接受了关于GVD的第一个标准定义:慢性外阴不适。患者的主诉特征包括:外阴灼烧、刺痛等不适感。

两种外阴疼痛亚型的发现

1997年,Meana及其同事首次试图利用临床经验性的描述区分性交痛的各个亚型^[20]。他们认为性交痛是一种多因素、多元性的疾病,包括至少三组临床诊断,同时强调了症状中疼痛组成的重要性。基于上述基础工作,人们的概念由关注“性交时的疼痛”转变为“外阴疼痛”,而性交痛可能是一个潜在症状。该关注点反映在国际外阴阴道疾病研究学会ISSVD对于外阴疼痛的分类上,其描述如下:“外阴不适感,多数时被形容为外阴灼烧感,症状发生时未发现相关或肉眼可见的异常,亦没有特殊的、或经临床确诊的神经疾病”。并且将性交痛列为外阴痛的一项可能表现^[19]。另外,该分类系统包括将暂时疼痛的特点和疼痛位点作为区分亚型的主要特征。

依据疼痛特点,可主要分为两种外阴疼痛:诱发性前庭痛(PVD)和广泛外阴疼痛(GVD)。PVD指定位于阴道开口处的诱发疼痛,在绝经前的女性中较为普遍。GVD指不被诱发的,弥漫于整个外阴区域的外阴疼痛,有时会放射至肛门区域、臀部、股部及其他与阴部神经分布一致的区域,更常见于围绝经期及绝经后女性^[21]。GVD的疼痛可以是暂时的也可以是持续的,尽管GVD是典型的非诱发性疼痛,但在许多病例中,诱发会使其加重,可能出现无法解释的缓解和突然加重的

周期,红肿可能出现也可能不出现。国际外阴阴道疾病研究学会ISSVD的分类亦提示了其他形式的外阴疼痛,比如阴蒂疼痛,说明外阴疼痛的存在形式多种多样。

外阴疼痛与慢性外阴疼痛:诱发的过程

以往,没有器质性改变的慢性疼痛——包括外阴疼痛会遭受质疑。患有外阴疼痛的女性常被告知她们的生殖器“没有器质性的问题”,并暗示与性相关的心理问题是疼痛的根源。然而,随着慢性疼痛研究领域的发展,人们发现在大多数的慢性疼痛中均无可确诊的器质性病变。这一认识同样在外阴疼痛中被接受。

外阴痛一词专用于没有器质性改变的慢性外阴疼痛^[19]。只有当对疼痛有促进作用的因子被排除时方能诊断。确切地说,感染、炎症反应、肿瘤、自身免疫反应,以及任何系统性疾病的证据、外阴的物理性损伤、皮肤病学情况、尿路症状以及神经病学疾病在诊断前需要被一一排除^[19]。然而,慢性外阴痛可以与多个疾病并存,需要仔细地处理和评估。

多种情况可以导致慢性外阴痛,包括:(1)感染,比如巴氏腺脓肿、外阴阴道霉菌、生殖器疱疹、带状疱疹、人乳头瘤状病毒、传染性软疣和滴虫。(2)肿瘤,比如外阴上皮内瘤变和浸润性鳞状上皮癌。(3)自身免疫性反应,比如白介素-1、肿瘤坏死因子和干扰素- α 的改变。(4)系统性疾病,比如白塞病、克罗恩病、斯耶格伦病和系统性红斑狼疮等。(5)激素水平的改变,导致外阴萎缩。(6)皮肤病,比如过敏和接触性皮炎、湿疹、汗腺炎及化脓、外阴白斑、苔藓性硬化和银屑病。(7)神经系统疾病,比如会阴神经受累、外伤及手术导致的神经系统疾病。

我们到达目的地了吗?

在过去的15年中,人们对于外阴疼痛的

分类、诊断、研究和治疗付出了极大的努力。由于上述进步和在外阴疼痛的评估、治疗和支持等各方面的活跃讨论,上述概念和亚型将得到进一步的修正和改进。

(娄文佳 译,朱兰 校)

参考文献

- 1 Barns JWB. (1956) *Five Ramasseum Papyri*. University Press, Oxford.
- 2 Griffith FL. (1898) *Hieratic Papyri from Kahun and Gurob*. Bernard Quartich, London, pp. 5-11.
- 3 McElhiney J, Kelly S, Rosen R *et al.* (2006) Satyriasis: the antiquity term for vulvodynia? *The Journal of Sexual Medicine* **3**, 161-63.
- 4 Barnes RA. (1874) *Clinical History of the Medical and Surgical Diseases of Women*. Henry C. Lea, Philadelphia.
- 5 Thomas TG, Munda PF. (1891) *A Practical Treatise on the Diseases of Women*, 6th ed. Lea Brothers & Co., Philadelphia.
- 6 Skene AJC. (1889) *Treatise on the Diseases of Women*. Appleton & Co., New York.
- 7 Kellogg JH. (1889). *Plain Facts for Old and Young: Embracing the Natural History and Hygiene of Organic Life*. IF Segner, Burlington, VT.
- 8 Kelly HA. (1928) *Medical Gynecology*. WB Saunders, Philadelphia.
- 9 Dickinson RL. (1949) *Human Sex Anatomy*, 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore.
- 10 Hunt I. (1948) *Disease of the Vulva*. Mosby, St. Louis.
- 11 O'Donnell RP. (1959) Relative hypospadias potentiated by inadequate rupture of the hymen: a cause of chronic inflammation of the lower part of the female urinary tract. *Journal of International College of Surgeons* **32**, 374.
- 12 Pelisse M, Hewitt J. (1976) Erythamous vulvitis en plaques. In: *Proceedings of the Third Congress of the International Society for the Study of Vulvar Disease, Cocoyoc, Mexico*. International Society for the Study of Vulvar Disease, Milwaukee, pp. 35-37.
- 13 Davis J, Shapiro L, Baral J. (1983) Vuvitis circumscripta plasma cellularis. *Journal of the American Association of Dermatology* **8**, 413-16.
- 14 Woodruff JD, Parmley TH. (1983) Infection of the minor vestibular gland. *Obstetrics and Gynecology* **62**, 609-12.
- 15 Peckham BM, Maki DG, Patterson JJ, *et al.* (1986). Focal vulvitis: a characteristic syndrome and cause of dyspareunia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **154**, 855-64.
- 16 Friedrich EG. (1983) Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. *The Journal of Reproductive Medicine* **33**, 514-17.
- 17 Tovell HMM, Young AW. (1991) *Diseases of the Vulva in Clinical Practice*. Elsevier, New York.
- 18 Friedrich EG. (1987) Vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine* **32**, 110-14.
- 19 Haefner HK. (2007) Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Terminology and Classification of Vulvodynia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* **11**, 48-49.
- 20 Meana M, Binik I, Khalifé S, *et al.* (1997) Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *The Journal of Nervous and Mental Disease* **185**, 561-69.
- 21 Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. (2001) Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **185**, 545-50.

性交痛的流行病学

引言

女性性交痛对女性健康、伴侣关系及生活质量均造成严重影响^[1]。我们需要掌握可靠的流行病学数据以了解性交痛给女性带来的沉重负担并在人群和时间上进行比较。流行病学研究还可以针对危险因素作更深入的理解并有目的地筛选高危人群。这些信息亦可以有效地促进公共卫生事业的进步。

对于性交痛的流行病学评估,目前报道的结果差异很大。在近期的一次文献系统回顾中发现,对于性交痛现患率的估计最低至0.4%,最高至61%^[2]。进一步的文献回顾亦报道了评估结果的范围差距较大^[3-7]。之所以存在区别,一方面确实与选择不同人群作为研究对象有关。然而,越来越多的证据显示评估结果的区别多与概念、研究设计方法、质量控制和不同性交痛的评估方法有关^[2-4,8]。

定义

女性性功能障碍(female sexual dysfunction, FSD)和性交痛的概念组成至今依然在学术界备受争议^[9,10]。事实上,即便是专业机构对于性交痛的定义亦存在不同^[11-13],而上述不同会对流行病学的评估与报道产生潜在影响。比如,美国精神病协会(American Psychiatric Association)的精神障碍的诊断与统计手册第4版(DSM-IV)^[12]和世界卫生组织(the World Health Organization)国际疾病分类第10版

(ICD-10)^[13]将性交痛定义为性交过程中伴随的疼痛。在最近的十年中,Basson等修正了性交痛的定义,他们将概念作了扩展,性交痛包括阴茎试图进入阴道或进入阴道后出现的相关疼痛。基于Basson等提出的更为广泛的性交痛定义,相关研究得出的结果中性交痛现患率相对更高。

性交过程中的疼痛可能与一些疾病相关,如子宫内膜异位症、间质性膀胱炎(IC)以及阴道炎等^[6,14]。DSM-IV和ICD-10均规定:由一般内科症状或局部病理学变化导致的疼痛不能归于性交痛^[12,13]。除此以外,就性功能障碍的诊断而言,通常将性交痛和阴道痉挛视作两个独立、相互排斥的概念^[11-13]。然而,部分研究者指出如此区分缺乏临床证据,上述分类方式仍被质疑^[6,14]。DSM-IV和ICD-10还将由于润滑问题导致的疼痛排除在外。然而,许多研究并没有将上述原因导致的性交痛排除在外^[8,15]。导致这些研究对于性交痛现患率的评估亦成倍提高。

实验的设计与进行

越来越多的证据表明,在公开发表的研究结果中,研究的设计与质量控制会对性交痛的现患率造成严重影响。近来,一项荟萃研究试图探索在55个公开发表的研究结果中性功能困难的现患率与这些研究设计特点之间的关系^[2]。数据收集的步骤、诊断标准、性交困难时间、样本量以及应答率均会对至少一种类型性交困难的现患率评估带来严

重影响。

在评估性交痛现患率的报道中,进行质量控制访谈较之以自我评估的问卷形式所得结果更低。可能进行个人访谈的形式在收集性交痛的相关数据时更为精确。另一方面,女性在面对个人访谈时,尴尬和社会因素会对应答造成偏差。

在持续时间较长的研究中(3~6个月或以上)亦发现性交痛的现患率偏低^[2]。现患率与实验设计的相互关系依赖于影响现患率的预测因子,比如研究地点、研究年份和研究对象的年龄跨度。更进一步的证据显示性交痛的持续时间亦存在变化^[3,16]。故而可以合理地推断,只记录长时间性交困难的研究中,性交痛的现患率会偏低。此外,一些研究从临床机构中招募志愿者^[17,18],这亦会限制所得结果的普遍性。通过这种方法招募到的女性与普通人群会存在一系列的差别,比如一般来说招募到的女性在健康方面存在更多问题,而且这些女性更容易获得较好的医疗服务。

性交痛的评估问卷

用于评估性交痛的问卷多种多样。利用简单问题进行研究在文献中较为常见^[16,19],其中包括一些经常被引用且颇具影响力的研究,如 Laumann 的研究等^[15]。这些简单的问卷往往要求被调查者回答在过去的一年中她们是否经历了一个月甚至更久的性交痛^[16,19]。相较之下,一系列经过验证的含有多项条目的评估问卷正在逐步发展^[20,21],并在当前的研究中发挥着作用^[8,18]。

在还有多个条目(问题)的评估问卷中,就内容涉及的时间而言,询问“过去一个月”的状态占据了主导地位。较之只能判断疼痛存在与否的简单评估,多条目评估问卷的优势在于还可以评估疼痛发生的频率和严重程度。该方法能与精神障碍的诊断与统计手册第4版(DSM-IV)及 Basson 定义中的诊断规

范更好地保持一致,即性交痛必须是持续存在或反复发作的。若不涵盖所有在性交过程中发生的疼痛,而仅将持续或反复发作的疼痛纳入研究范围,对性交痛现患率的估计值将偏低。近来,在一组女性样本中对不同的评估问卷进行了平行对照。首先是对简单评估问卷的比较,将回溯的时间由“过去一年中的一个或更多时间”改为“过去的一个月中”,则性交痛的现患率将降低 11%~23%^[8]。再对该组女性用多条目问卷进行评估(同样将回溯时间定为“过去的一个月中”),则现患率仅为 3%^[8]。

性相关抑郁

女性因自身性功能水平而出现的负面、痛苦的感受被称为“性相关抑郁”。DSM-IV 诊断标准中明确规定只有造成女性情绪障碍时方能将其诊断为性交痛^[12]。在各类文献中对于性相关抑郁的关注越来越多^[22],许多对于性相关抑郁的评估方法亦逐步发展^[23]。这一发展势头亦给了研究者一个新的途径得以评估性交痛对于性功能及个体性相关抑郁的影响。尽管如此,仍有许多研究未将性相关抑郁纳入研究系统^[15,16,19]。

在有性交痛的女性(18~70岁)中,近乎三分之一经历着不同程度的性相关抑郁^[1,8]。一系列心理学和伴侣关系的因素可能造成女性对于自身性功能负面感受^[24]。一项对美国及西欧女性的研究显示,尽管随着年龄的增加,发生女性性功能障碍的比例亦增加,但女性性相关抑郁比例却随着年龄而降低^[25]。目前我们尚未明确女性性相关抑郁与年龄的关系。已有一组研究显示,一旦将女性性相关抑郁纳入评估体系,则研究中对于性交痛现患率的估计值将明显下降^[1,8],同时还会影响危险因子的筛选。目前对于是否将女性性相关抑郁纳入正式的性交痛定义尚存在争议^[9]。若该争议尘埃落定,则势必会对今后性交痛

的现患率评估带来实质性的影响。

当前对于性交痛的研究能告诉我们什么？

在性交痛这一领域,人们通过不同的角度,从各种文献中获得有用的信息。一种方法是研究性交痛的现患率与其他性功能障碍之间的联系。在某研究中发现,人群特点和实验设计对于所有种类的女性性功能障碍均产生类似的影响。例如,不少研究若报道性交痛的现患率较高,则往往相应的伴随着其他种类的性功能障碍现患率升高^[19]。因此,较之实际的现患率,各种性功能障碍在研究中更具有一致性。同时,该研究亦显示,性欲低下是人们最常经历的障碍,性交痛则是最少见的^[3]。然而,性交困难的女性中,平均有26%出现性交痛。在进一步的横断面研究中,基于持续时间对性交痛的现患率进行了比较。存在性交痛的女性中,出现女性性相关抑郁持续时间相对较短的(1个月或少于几个月)少于20%;抑郁时间持续位于中游(几个月,少于半年)大于50%;而约三分之一为慢性疼痛,疼痛持续时间长达半年或以上^[3]。

一项研究现患率的荟萃分析显示,纳入年轻女性的研究及在欧洲国家的研究(相对于一系列在其他国家,包括美国在内的研究)中性交痛的现患率较低^[2]。有趣的是,这些研究结果已根据研究设计的特点进行了统计学上的修正,包括数据收集的步骤、性交痛的持续时间、回忆、入选标准、选取样本的方法、不同结果评估方法的使用、进行研究的年份、样本量和应答率等^[2]。

显示的结果与已有数据保持一致,即一般来说年龄越大的女性中性功能低下的越多^[26]。然而,一组研究报道性交痛的比例随着年龄的增长反而下降^[15,19,26]。该现象可能仅仅是因为在性活动上的兴趣不再频繁且较少的老年女性能保持性活力^[27]。同样也可能

因为不同年龄段女性在性活动上的要求形式随着年龄发生了改变。当性活动由性交这一过程全面地转变成了其他形式的性活动,也有可能导性交痛的现患率在该组人群中表现为下降的趋势。故在关注性交的排外性的评估方法中,该组人群亦容易被忽略。

建议与总结

临床医生必须清醒地认识到性交痛持续的时间存在不同。此外,流行病学数据显示,单纯地询问性交痛存在与否所得到的结果与询问性交痛的持续与复发的结果不同。并不是所有的女性会因为性交痛出现情绪低落,提示有些女性没有告知性交痛的意愿。

关于性交痛现患率的文献多种多样。研究在设计 and 进程中都存在基本的差别和分歧。根据在本章中的数据显示,研究设计和对结果测量的不一致对现患率的报道具有根本性的影响。这些不一致使得将对于性交痛现患率和流行病学研究相联系起来变得困难,且削弱我们在不同人群中的比较。与当前的定义相一致,研究者探究性交痛的现患率时,可能会排除患有疾病的患者。然而,如果作者同时报道原始的、未经修正的性交痛现患率,这将对不同研究间的比较有所帮助。

即便采用新颖的方法,从当前的各种文献中也只能获取有限的、一般的信息。我们需要的是在研究的探索实践过程中贯穿始终的一致性。特别是在所有研究中使用统一的评估方法显得尤为有益。缺乏被广泛接受的、标准化的性交痛诊断标准是当前发展的主要限制因素^[28,29]。随着我们对于性交痛理解的变化,新的评估方法亦在逐步发展。使用标准的评估方法便于在不同研究间及人群间进行跨时间的比较,新的评估方法可以列在“金标准”评估的旁边。

参考文献

- 1 Oberg K, Fugl-Meyer KS. (2005) On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine* 2, 169-80.
- 2 Hayes RD, Bennett CM, Dennerstein L, et al. (2008) Are aspects of study design associated with the reported prevalence of female sexual difficulties? *Fertility and Sterility* 90, 497-505.
- 3 Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, et al. (2006) What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *The Journal of Sexual Medicine* 3, 589-95.
- 4 Dunn KM, Jordan K, Croft PR, et al. (2002) Systematic review of sexual problems: epidemiology and methodology. *Journal of Sex and Marital Therapy* 28, 399-422.
- 5 Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. (2004) Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* 1, 35-39.
- 6 Schultz WW, Basson R, Binik Y, et al. (2005) Women's sexual pain and its management. *The Journal of Sexual Medicine* 2, 301-16.
- 7 DeRogatis LR, Burnett AL. (2008) The epidemiology of sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine* 5, 289-300.
- 8 Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. (2008) What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *The Journal of Sexual Medicine* 5, 777-87.
- 9 Segraves R, Balon R, Clayton A. (2007) Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine* 4, 567-80.
- 10 Sand M, Fisher WA. (2007) Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses sexuality study. *The Journal of Sexual Medicine* 4, 708-19.
- 11 Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. (2003) Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 24, 221-29.
- 12 APA *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (2000) American Psychiatric Association, Washington DC.
- 13 World Health Organization. (2000) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*.
- 14 De Kruijff ME, Ter Kuile MM, Weijenborg PTM, et al. (2000) Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 21, 149-55.
- 15 Laumann E, Paik A, Rosen R. (1999) Sexual dysfunction in the United States, prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association* 281, 537-44.
- 16 Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al. (2003) Sexual function problems and help-seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *British Medical Journal* 327, 426-27.
- 17 Amsterdam A, Carter J, Krychman M. (2006) Prevalence of psychiatric illness in women in an oncology sexual health population: a retrospective pilot study. *The Journal of Sexual Medicine* 3, 292-95.
- 18 Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. (2006) Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex and Marital Therapy* 32, 173-82.
- 19 Richters J, Grulich AE, de Visser RO, et al. (2003) Sex in Australia: sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 27, 164-70.
- 20 Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, et al. (2002) Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 11, 277-89.
- 21 Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. (2000) The female sexual function index (FSFI): a multidimensional, self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 26, 191-208.
- 22 Bancroft J, Loftus J, Long JS. (2003) Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behaviour* 32, 193-208.
- 23 Derogatis L, Rosen R, Leiblum S, et al. (2002) The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex and Marital Therapy* 28, 317-30.
- 24 Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. (2008) Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *The Journal of Sexual Medicine* 5, 1681-93.
- 25 Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. (2007) Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility* 87, 107-12.
- 26 Hayes R, Dennerstein L. (2005) The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *The Journal of Sexual Medicine* 2, 317-30.
- 27 Barlow D, Cardozo L, Francis R, et al. (1997) Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104, 87-91.
- 28 Hayes RD. (2008) Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sexual Health* 5, 215-18.
- 29 DeRogatis L, Burnett AL. (2007) Key methodological issues in sexual medicine research. *The Journal of Sexual Medicine* 4, 527-37.

性交痛的相关话题

引言

15年前,性交痛这一疾病的分类不甚明确,故常常被划归于“身心障碍性疾病”的“废纸篓”中。很少有研究对其症状进行描述,亦很少有人关注其病因学和治疗。好在随着大量探索研究及临床实践活动的发展,人们终于意识到性交痛给患者造成了明显负担,并开始将其视为一种严重的疾病。与性交痛相关的重要问题涉及基础研究、诊断和治疗,这些问题亦可能为其他疼痛综合征及性功能障碍带来潜在信息。本章节的重点讨论性交痛与个人、社会、基础与临床研究的相互关系。

个人与社会角色

研究显示,由于性交痛造成的社会和个人支出颇为可观。性交痛女性往往同时存在性交困难^[1-2],且对于两性关系的维持忧心忡忡^[2-7]。可以说,性交痛是生殖器疼痛障碍中最让人烦恼的一种。

在一项关于间质性膀胱炎的研究中发现,剧烈的膀胱疼痛为标志性的症状之一;而由此引发的于阴茎插入时的疼痛及两性关系紧张对患者的负面影响最大^[8]。另一研究将性交痛女性与慢性盆腔疼痛女性相比较,结果两组均报道了由于疼痛而导致的性功能上的缺陷^[9]。

慢性疼痛障碍导致患者医疗投入升高、工作创造力下降;还造成其他社会资源的损

耗^[10]。目前尚无关于性交痛医疗支出的可信估计。因其多为急性发作、病情反复,且其典型症状往往由阴茎插入诱发,故性交痛不像腰背痛或周期性偏头痛那样可估计出一个确切的费用。然而,其相关的医疗费用可能很高。分析原因如下:首先,性交痛往往同时与治疗难、花费高的其他慢性疼痛疾病存在,如间质性膀胱炎^[11]、肠易激综合征^[12]、盆腔炎性疾病^[13]、慢性盆腔疼痛^[14]和子宫内膜异位症^[15]。其次,由于多种因素导致性交痛的发生^[16],故难以在短时间内决定其治疗形式。再次,性交痛干扰生活质量,改变患者心境,增加了发现有效的治疗方法的难度。另外,潜在的,性交痛可能导致患者像逛商场般地“逛医师”,同时接受多种互不协调的治疗,且一旦治疗方法不能立刻起效,便难以依从。如互联网上的调查所示,428名外阴疼痛的女性中,有近一半的女性向4~9名医师求助咨询过^[5];仅有40%信赖目前自己的医师对于疼痛的治疗,有57%诉其疼痛在开始治疗后并未改善甚至更为严重。人均相关医疗支出估计为500至75 000美元。

性交痛增加的另一社会支出缘于其对两性关系的潜在影响。尽管David和Reissing指出^[17],一系列的研究均未发现存在性交痛的夫妇中出现两性关系失调,但仍然难以想象性交痛不会对两性关系的发展产生影响。目前关于调节夫妻关系的研究可能并未将那些解决疼痛问题失败的夫妇纳入其中。在Gordon等人关于外阴疼痛的研究中^[5],应答者中有76%担心疼痛会破坏她们与伴侣的关系。尽管关系破裂的真实原因一般难以确

定,但性生活的问题往往是最常见的原因之一^[18]。不忠及离婚与性交痛相关,且与性生活不满意联系在一起^[19]。

对定义的挑战

当前对于性功能障碍的争论已得出累累硕果,而性交痛的相关研究亦参与其中。此外,关于性交痛的研究亦激发研究者认识到男性与女性性反应途径存在明显差异,最终实现不同的性活动。针对疼痛特点的经验性研究发现,难以确诊性交痛是旧概念中心理症状的躯体反应,研究者已在质疑是否将其特点概括为一种疼痛障碍而非一种性功能障碍^[16,20]。关注于其对性交的影响,而不重视疼痛存在的症状,并不能在病因学或治疗上取得进展。相反,疼痛的性质特点却能直接提示可能的病因学及治疗方法。

在研究者将重心从性交痛对性功能的影响转变到对疼痛本身研究的阶段,最为旗帜鲜明的是 Binik 提出将性交疼痛障碍从精神障碍的诊断与统计手册第4版(DSM-IV)的“性功能障碍”这一分类中删除,而将其归于疼痛障碍一类^[21]。的确,对于该建议不乏反对者,但是性交痛分类的两难境地迫使疾病分类学在性功能障碍方面的语言组织变得精确,亦引发我们重新审视社会文化力量对其发展过程的影响和塑造。上述动力同时伴随着对于女性性功能障碍概念开始更为广泛的研究,试图实现正常女性性功能的理论发展不再受男性性功能理论的束缚^[22-23]。其中某一争论为性交痛为唯一真实的女性性功能障碍^[24],区别于各种不同程度的性唤起或性欲障碍,任何程度的疼痛都是难以被患者所接受的。这些理论和经验性实践活动可帮助我们准确调查并预计个人性生活状态对于社会结构的破坏机制。

推翻旧式的二元论

性交痛使得在考虑性功能时需将心理因素和生理因素分开考虑。尽管在精神障碍的诊断与统计手册第4版(DSM-IV)的定义中性交痛是纯粹的心理定义,但事实上性反应是生理和心理途径共同作用的结果,故仅通过其中一条途径解决问题是错误的。

几乎所有的性交痛均是生理心理因素共同作用的结果。而且其还带有明显的社会属性。疼痛并非只在与伴侣进行性生活时发生,但在性生活过程中可通过性伴侣诱发。其潜在的病因可能构架复杂,导致进行单因素研究的探索者们往往徒劳无功。甚至即便存在比较确定的起始原因,当阴茎插入时女性所感受到的疼痛依然是多种因素造成的,包括生理性因素(如神经功能障碍)、性功能因素(如性欲、性唤起存在问题)、情绪因素(如担忧和过度警觉)以及伴侣关系(如罪恶感和愤怒)。上述因素都会导致在初始病因解决后疼痛依然持续存在。

例如,许多存在性交痛的女性均主述其有阴道感染史(如白念珠菌的感染),或者深信该感染是导致其疼痛进展的重要原因^[5,25-26]。该研究发现感染和性交痛同时发生,相互联系,混杂存在^[2,27]。存在性交痛的女性可能试图强调自身当前的症状而高估了感染发生的频率。然而,她们的主诉同样可能是准确的。感染和(或)相应的治疗导致感受器过分敏感,且能持续至感染结束后。病因中处于第一位最可能是感染,敏感性增强位于第二位,持续疼痛带来的情绪问题及两性关系紧张可能导致其他变化,而这些变化亦可能成为造成疼痛的病因。在这幅病因学错综复杂的蓝图中,已很难有二元论的一席之地。

多学科综合治疗方法

目前一致要求制定关于性交痛评估和诊

断的专业技能说明,且要求其内容结构完整、规范详细贴切。考虑到女性性交痛的大量易感因素和持续影响因素的作用,可能导致症状进展和持续,故我们不能再仅基于一种方式诊断和治疗性交痛^[28]。理想状态下,绝大部分性交痛患者的治疗由一名临床医师、一名心理或性治疗师及一名物理治疗师组成。尽管许多女性主诉她们已经依次从上述专业人员中获得咨询,但对其的治疗必须是多学科协调进行的,每种治疗内容的组成部分都必须根据临床症状合理地制定。

多学科综合治疗适用于大部分的性功能障碍,且已被证明在其他慢性疼痛疾病的治疗中亦具有临床可行性和成本——效益优势^[10]。然而,目前依然存在两大挑战。首先,不同的医疗服务提供者同时使用一个潜在的治疗方法和另一个治疗方法时不应出现偏倚。例如,数据显示手术可以成功治疗诱发性前庭痛,但手术并非被视为可持续使用的方法^[29-30]。而且,数据还显示若不进行综合性功能治疗单纯手术看来并不有效^[29]。

其次,该问题关系到患者的经济支出,且难以组成治疗团队。况且,如果个体疗效不佳,则一系列的治疗所需要的经济支出就显得较高,更不用说若疼痛和抑郁的持续存在了。因此,医疗团队应关注那些在综合治疗后能拥有更好的长期临床预后和存在成本——效益优势的人群。

预后报道

性交痛的多元性引发了如何评估预后、设定标准并以此判断治疗成功与否的讨论。若疼痛减轻(可通过临床查体判断)、性生活频率增加,则可以较为容易地判断相关治疗是成功的。当患者的主诉和对疼痛的客观评估不一致时,上述定义就不甚明确了。

Bergeron 等对于诱发性前庭痛治疗效果进行了研究^[31],临床测量的数据显示,较之

行为疗法(group cognitive-behavioral therapy, GCBT)和生物反馈技术,手术减轻疼痛的效果是最为显著。然而,这三种治疗方法对于性功能及阴茎插入时疼痛自我评价的改善两方面均无明显差别。

对于痛觉敏感度的量化评估和疼痛的自我评分间的差异迫使研究者需要对于治疗成功与否有一个整体概念。如果患者的性交痛存在畏惧、过度警觉、躲避等特点,若减少介入式的临床疼痛的测量,则不能如实反映自然状态下性交过程中患者所感受到的疼痛。阴茎插入的过程伴随疼痛是典型的症状,此外,在妇科临床,性可能会激发其他情绪或两性关系的变化,而这些变化在疼痛的评估背景中可能尚未被提到。最后,治疗效果及患者预后的关注点均应集中于女性的性体验。

新的评估和治疗技术的发展

当前关于性交痛研究最激动人心的成就是新的评估和治疗技术的发展。研究者开始将注意力集中于量化疼痛和测量敏感性。McGill 疼痛问卷^[32]在性交痛女性中的使用揭示该疼痛的强度及具有的意义,不同的亚型亦被一一描述^[16]。随后人们试图以更为系统地形式对前庭疼痛进行定位和疼痛程度的测量^[31]。包括前庭疼痛指数和外阴前庭6个解剖位点对于棉签刺激不同等级疼痛反应的混合评估。值得注意的是,Pukall 及其同事实现了一个重大的飞跃,即发明了“外阴探测仪”(vulvalgesiometer),该仪器可以手提,用于将压力——疼痛阈值的测量标准化^[33]。目前还有用于测量阴道对温度、振荡、膨胀的敏感性^[34-35]。

就治疗而言,生物反馈治疗和物理治疗尤其对于盆底结构的强健起到了重要的作用。旧的标准下未分类的阴道壁膨出不存在患者盆底肌肉状况的信息,该分类标准已被逐渐取代。目前,特定于每个患者的病历包括对于盆底肌肉的控制(包括阴道壁膨出)、

在家中的练习、盆底表面肌电生物反馈治疗、电刺激和会阴超声^[36]。Bergeron亦对性交痛患者进行了行为疗法的治疗,且结果显示长期预后与手术一样有效^[29]。

与其他疼痛障碍的研究一起进行新技术的发明发展和使用,证明会给当前性交痛障碍的研究带来新的活力。目前正致力于如下三个方面:(1)疼痛最基本的生理学机制;(2)症状诱发和评估的可操作化;(3)对于该复杂多面的疾病的综合治疗。

总结

目前,性交痛障碍研究在所有临床和认识领域所取得的成就均早已过时。性交痛的研究任务仍十分繁重,但这也意味着机会,那些过时的性健康和生理学概念需要被不断地挑战,评估和治疗的方法需要被不断细化、发展。任何新的收获,无论是增加还是减少性功能障碍,都将有益于其他性功能障碍的诊治。

(娄文佳 译,朱兰 校)

参考文献

- Farmer MA, Meston CM. (2007) Predictors of genital pain in young women. *Archives of Sexual Behavior* 36, 831-43.
- Meana M, Binik YM, Khalifé S, et al. (1997) Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology* 90, 583-89.
- Danielsson I, Eisemann M, Sjöberg I, et al. (2001) Vulvar vestibulitis: a multifactorial condition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 22, 456-61.
- Gates EA, Galask RP. (2001) Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 22, 221-28.
- Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, et al. (2003) Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a web-based survey. *Journal of Sex and Marital Therapy* 29, 45-58.
- Graziottin A, Brotto LA. (2004) Vulvar vestibulitis syndrome: a clinical approach. *Journal of Sex and Marital Therapy* 30, 125-39.
- NylanderLundqvist E, Bergdahl J. (2003) Vulvar vestibulitis: evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica* 83, 369-73.
- Azevedo K, Nguyen A, Rowhani-Rahbar A, et al. (2005) Pain impacts sexual functioning among interstitial cystitis patients. *Sexuality and Disability* 23, 189-208.
- Grace V, Zondervan K. (2006) Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care for Women International* 27, 585-99.
- Turk DC, Burwinkle TM. (2005) Clinical outcomes, cost-effectiveness and the role of psychology in treatments for chronic pain sufferers. *Professional Psychology: Research and Practice* 36, 602-10.
- Wu EQ, Birnbaum H, Mareva M, et al. (2006) Interstitial cystitis: cost, treatment and comorbidities in an employed population. *Pharmacoeconomics* 24, 55-65.
- Nyrop KA, Palsson OS, Levy RL, et al. (2007) Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhea and functional abdominal pain. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 26, 237-48.
- Rein DB, Kassler WJ, Irwin KL, et al. (2000) Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: decreasing, but still substantial. *Obstetrics and Gynecology* 95, 397-402.
- Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, et al. (1996) Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and Gynecology* 87, 321-27.
- Mirkin D, Murphy-Barron C, Iwasaki, K. (2007) Actuarial analysis of private payer administrative claims data for women with endometriosis. *Journal of Managed Care Pharmacy* 13, 262-72.
- Meana M, Binik YM, Khalifé S, et al. (1997) Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 561-69.
- Davis HJ, Reissing ED. (2007) Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy* 22, 245-54.
- Amato PR, Previti D. (2003) People's reasons for divorcing: gender, social class, the life course, and adjustment. *Journal of Family Issues* 24, 602-26.
- Hall JH, Finchman FD. (2006) Relationship dissolution following infidelity. In: Fine MA, Harvey JH (eds.) *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Philadelphia, pp. 153-68.
- Binik YM, Meana M, Berkley K, et al. (1999) The sexual pain disorders: is the pain sexual or the sex painful? *Annual Review of Sex Research* 10, 210-35.
- Binik YM. (2005) Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior* 34, 11-21.
- Basson R, Berman J, Burnett A, et al. (2000) Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology* 163, 888-93.
- Tiefer L. (2001) A new view of women's sexual problems: why

- new? why now? *Journal of Sex Research* **38**, 89–96.
- 24 Tiefer L. (2005) Dyspareunia is the only valid sexual dysfunction and certainly the only important one. *Archives of Sexual Behavior* **34**, 49–51.
- 25 Meana M, Binik YM, Khalifé S, *et al.* (1999) Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics* **40**, 497–502.
- 26 Edgardh K, Abdelnoor M. (2007) Vulvar vestibulitis and risk factors: a population-based case-control study in Oslo. *Acta Dermato-Venereologica* **87**, 350–54.
- 27 Rylander E, Berglund AL, Krassny C, *et al.* (2004) Vulvovaginal candida in a young sexually active population: prevalence and association with orogenital sex and frequent pain at intercourse. *Sexually Transmitted Infections* **80**, 54–57.
- 28 Binik YM, Bergeron S, Khalifé S. (2007) Dyspareunia and vaginismus: so-called sexual pain. In: Leiblum SR (ed.) *Principles and Practice of Sex Therapy*, 4th ed. Guilford Press, New York, pp. 124–56.
- 29 Bergeron S, Khalifé S, Glazer HI, *et al.* (2008) Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia. *Obstetrics and Gynecology* **111**, 159–66.
- 30 Goldstein AT, Klingman D, Christopher K, *et al.* (2006) Surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: outcome assessment derived from a postoperative questionnaire. *The Journal of Sexual Medicine* **3**, 923–31.
- 31 Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, *et al.* (2001) A randomized comparison of groups cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* **91**, 297–306.
- 32 Melzack R, Katz J. (2001) The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. In: Turk DC, Melzack R (eds.) *Handbook of Pain Assessment*, 2nd ed. Guilford Press, New York, pp. 35–52.
- 33 Pukall CF, Young RA, Roberts MJ, *et al.* (2007) The vulvalgesiometer as a device to measure genital pressure-pain threshold. *Physiological Measurement* **28**, 1543–50.
- 34 Vardi Y, Gedalia U, Gruenwald I. (2006) Neurologic testing: quantified sensory testing. In: Goldstein I, Meston CM, Davis SR *et al.* (eds.) *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis, and Treatment*. Taylor & Francis, New York, pp. 399–403.
- 35 Bohm-Starke N, Hilliges M, Brodda-Jansen G, *et al.* (2001) Psychophysical evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* **94**, 177–83.
- 36 Rosenbaum TY. (2007) Physical therapy management and treatment of sexual pain disorders. In: Leiblum SR (ed.) *Principles and Practice of Sex Therapy*, 4th ed. Guilford Press, New York, pp. 157–77.

性交疼痛的评估:病史、查体、实验室检查

引言

尽管性交疼痛具有较高的发病率,但目前临床上仍缺乏全面的评估指南。本章简介了性交疼痛的病史采集、体格检查及实验室检查等方面的内容,有助于临床医生明确诊断及病因。

病史

准确的诊断依赖于病人在他或她叙述病情时所提供的关键信息。然而,患者对性交疼痛的体验往往比其他疾病要复杂得多。除了忍耐疼痛,患病的女性还可能经受着难堪、羞怯、罪恶感、自卑、沮丧、压抑和焦虑等情绪的困扰。因此,使用沟通技巧在医患交流中占有举足轻重的地位,能够增强交流的开放性、舒适度、信心以及信任感。

一般情况下,性交疼痛的患者往往反复就医、评估病情,努力摆脱困扰^[1]。但以往就诊的经历常令患者感到医生对待她们仿佛是屈尊俯就、被医生边缘化排斥,最终加重疾病的负担。医生要重视记录患者的这些情绪,才能建立起具有建设性和信任感的医患关系。

询问病史时,医生不应表现得过于正式或者过于随意,要注意自己的用词,因为患者会挖空心思揣摩你话中的含义。患者陈述病情时,医生应避免作出惊讶、鬼脸、大笑等极端的反应;应注意尊重病人隐私,并承诺病情保密。问诊或者查体过程中,有些患者会要求配偶、性伙伴、亲属或者朋友陪同。虽然这

样可使患者在就诊过程中更放松,但另一方面可能导致其隐瞒病史、社会关系或者性生活方面的情况。

询问特定的问题,如药物用法时,直截了当的提问是一种很重要的方法;同时也有必要向患者提出开放性的问题,启发她们主动描述性交疼痛的感受^[2]。鼓励病人尽可能多地描述细节,避免为了诱导答案而过多地打断病人,如此可使问诊更流畅地进行。还需要表现出必要的同情心、理解以及认同感。向病人反复确证已获取的信息也是问诊中极为重要的一个方面。

每位医生都必须建立自己的问诊常规,此处笔者推荐一个行之有效的办法,即每次约见新病人时,把访谈的前10分钟交给她们来倾诉自己的感受。倾诉开始之前,医生可以鼓励病人尝试按照时间顺序尽可能详尽地描述疾病的发展过程。病人时常会哭泣,也会不时地陷入沉默,但这样能帮助她们宣泄情绪,同时医者也向病人传达了一个讯息,即在医患关系中她们不会被贸然地对待、忽略或者轻视。如果单次的谈话缺乏足够时间来关注一个特定主诉,那么必须安抚好病人,告诉她医生重视她的这个问题,同时预约下次随访,专门探讨该问题。

询问过病史之后,有必要搞清楚患者此次就医的预期。患者可能会有各种各样的主诉,作为医生必须明确哪一点是她最为关心的。举例来说,她对医生说自己有外阴区广泛的疼痛和烧灼感、性交疼痛、性欲低下、性高潮困难。对于上述的诸多问题,或许可能存在一种干预就可以解决,但更实际的情况