原　著　Original Article

膣内射精障害患者に対するマスターベーションエイドを用いた射精リハビリテーション

獨協医科大学越谷病院泌尿器科
小堀　善友　青木　裕章　西尾浩二郎
佐藤　両　芦沢　好夫　八木　宏
宋　成浩　新井　学　岡田　弘

要旨：

（目的）不妊症の原因が膣内射精障害であるカップルは少なくない．これらの膣内射精障害患者に対し，マスターベーションエイドであるTENGA®を用いてリハビリテーションを行った．

（対象と方法）男性不妊症患者で膣内射精障害を訴えた男性16人（29～48歳）．非用手的マスターベーションや，強すぎるグリップなど，マスターベーション方法に誤りが認められる患者を10名認めた．テストステロン値には異常を認めなかった．外来にてカップルに対してカウンセリングと正しいマスターベーション方法を指導し，マスターベーションエイドを用いた射精リハビリを指導した．併用した薬剤や挙児希望者に対して用いた生殖補助医療についても検討した．

（結果）16例中12例（75%）は射精リハビリテーションの結果TENGA®を用いてのマスターベーションは可能になり，マスターベーション方法は補正が可能であった．さらにこのうち5例（31%）は膣内で射精が可能になった．

（結論）膣内射精障害は，潜在的に多くの患者がいる可能性がある．マスターベーション方法が間違っている患者に対しては，マスターベーションエイドにて補正が可能であり，膣内射精も可能になる事が示された．マスターベーションエイドは，膣内射精障害治療の選択枝の一つとなりうると考えられた．

（日泌尿会誌　103(3)：548～551, 2012）

キーワード：膣内射精障害，男性不妊，マスターベーション

緒　言

性機能障害において，射精障害は勃起障害の次に多い疾患であり，近年増加傾向である[1]．男性不妊外来において，不妊の原因治療の一環として膣内射精障害の治療を希望する患者は少なくない．マスターベーション方法に誤りのある事が多い膣内射精障害の治療として，正しいマスターベーション方法を指導する必要がある場合があるが，心理的に原因がある場合や，思春期よりマスターベーション方法が誤っている場合が多いため，治療に難渋することがしばしば経験される．今回，われわれは射精障害患者に対して市販のマスターベーションエイド（マスターベーション補助具）であるTENGA®を用いてマスターベーション指導と膣内射精障害の治療を行ったので，その結果を報告する．

対象・方法

対象は，2010年1月から2011年3月までに獨協医科大学越谷病院泌尿器科男性不妊外来に膣内射精障害を主訴に受診した16人(29～48歳)．膣内射精障害の定義は，マスターベーションによる射精は可能であるのにもかかわらず，性交時に射精が不能である状態とした[2]．

挙児希望の場合は基本的に夫婦ペアで受診とした．問診票を用いたアンケートで，既往歴，挙児希望の有無，マスターベーション方法，生殖補助医療の確認をした．また，内分泌検査として血清LH，FSH，T，濃度を測定した．精巣容積は打ち抜き式オーキドメーターで測定した．染色体分析はGバンド法で行った．膣内射精障害の問題点を確認後，マスターベーション指導，phosphodiesterase 5阻害薬（PDE5-i）や漢方薬の使用，カウンセリングによる治療を行った．マスターベーション指導については，全例の患者に対して外来にて正しいマスターベーション方法を指導し，自宅にてマスターベーションエイドを用いたマスターベーションのリハビリを行うよう指導した．漢方薬（補中益気湯，柴胡加竜骨牡蛎湯，八味地黄丸）やPDE5-i（クエン酸シルデナフィル，バルデナフィル，タダラフィル）は，患者の希望がある場合に処方した．逆行性射精が疑われる患者には，アモキサピン（30～150mg/日）を併用した．

受付日：2011年8月30日，受理日：2011年11月28日
© 2012 Japanese Urological Association

表1　患者背景と治療経過

患者	挙児希望	年齢	LH (mIU/mL)	FSH (mIU/mL)	T (ng/mL)	マスターベーション	既往歴	TENGA	併用薬	ART	膣内射精
1	あり	40	3.1	3.4	2.83	仰向け，足のばし		○	タダラフィル，柴胡加竜骨牡蛎湯	AIH	×
2	なし	41	5.6	5.4	3.64			○			×
3	あり	34	1.1	4.7	4.27		鬱病	○	柴胡加竜骨牡蛎湯	AIH	○
4	あり	36	3.6	5.2	4.91	push		○		AIH	×
5	あり	37	0.8	3.7	4.6	仰向け，足のばし		○	補中益気湯	AIH	×
6	なし	33	2.4	7.2	5.4	足のばし，強グリップ	亀頭感覚無し	×	タダラフィル，補中益気湯		×
7	あり	36	5.6	12.9	5.31	push		×		AIH	×
8	なし	48	2.3	2.8	4.26		環状切開	○	補中益気湯，八味地黄丸		×
9	なし	34	3.4	3.8	3.33	強グリップ		○	シルデナフィル，バルデナフィル		×
10	あり	29	2.6	2.4	4.85	push	逆行性射精	×	アモキサピン，柴胡加竜骨牡蛎湯	ICSI	×
11	あり	35	1.4	1.6	2.92	強グリップ		○		AIH	○
12	あり	37	3.9	2.6	5.43			○	タダラフィル		○
13	あり	35	2.5	5.5	3.85	強グリップ		○	タダラフィル		○ 自然妊娠
14	なし	34	4	4.5	9.41		性欲低下	×	バルデナフィル，柴胡加竜骨牡蛎湯		×
15	あり	31	3.3	4.6	5.33	一人でのみ射精可能		○		AIH	×
16	あり	32	1	5.4	4.39			○	アモキサピン		○

TENGA　○：射精可能，×：射精不能

結　果

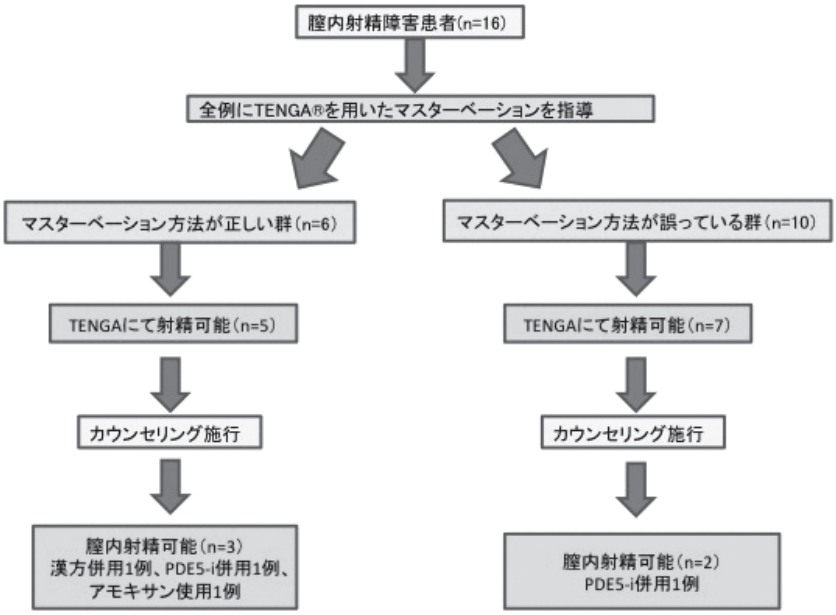
男性不妊症外来患者549人中，なんらかの射精障害の症状を訴える患者は46名であり，そのうち16例が膣内射精障害であった．膣内射精障害16例中11例(69%)が挙児希望であった．既往歴には，神経性疾患や後腹膜リンパ節廓清等の明らかな射精障害の原因となるような疾患は見受けられなかった．挙児希望でないカップル中に人工授精にて挙児を得ているが，膣内射精障害の改善を希望されて受診された夫婦が1組存在した．マスターベーション方法に誤りが認められる患者が10例（63%）見受けられた．特に，強すぎるグリップや，布団や畳などに圧迫して射精する非用手的マスターベーション（push法）の患者を多く認めた（表1）．内分泌検査にて4例にLH低値を，1例にFSH高値を認めたが，テストステロンは全例正常であった．染色体検査は全例46XYであった．

誤ったマスターベーション方法の10例のうち，射精リハビリテーションにて7例（70%）がTENGA®内で射精可能であり，マスターベーションの補正が可能であった．全体16例の中では，治療経過中にTENGA®内で射精が可能となったのは12例(75%)，膣内で射精が可能となったのは5例（31%）であった．膣内射精が可能であった症例は，射精リハビリテーション開始後2〜9カ月で射精が可能になった．7例の患者はPDE5iを，8例の患者は漢方を治療に併用した(図1)．1例は自然妊娠が成立した．挙児希望11例のうち，7例は人工授精を，1例は顕微授精を同時に施行した．

考　察

性機能外来や不妊外来において，射精障害の患者を診察する機会は少なくない．そのような射精障害の患者中に，膣内射精障害の割合は多い．原因は，不適切な刺激方法によるものと，心因性のものとの2群に大別できる．心因性のものとして，一人でないと集中できずに射精ができないもの，タイミング法の指導を契機として発症する場合や，性的刺激を受ける対象が特殊である例などがあるが，実際の男性不妊症外来においては不適切な刺激方法（誤ったマスターベーション方法）のため射精障害となった患者が多く見受けられる[2]．阿部の報告によると[3]，外来を訪れた膣内射精障害患者265名中，不適切な刺激方法によるもの（シーツや畳にこすりつける，大腿部に挟んで腹圧をかけるなどの非用手的マスターベーション，強すぎるグリップなど）の射精障害患者は176名(66%)にも及んでいる．このような患者に対しては，治療として正しいマスターベーション方法を指導することが必要である．しかし，思春期から続く長期間のマスターベーションの方法に問題がある場合が多いため，治療に難渋するケースが多い．また，海外の文献上では射精障害として早漏の文献は数多く認められる[4)〜7)]も膣内射精障害の文献は少なく，不妊治療における射精障害の原因として後腹膜リンパ節廓清後などの神経障害は指摘

図１　膣内射精障害患者に対する治療フローチャート



されているが，マスターベーションについては言及されていないのが現状である[8]．

マスターベーションの指導方法として，①手を使った柔らかいグリップによるピストン運動(スラスト運動)を指導する方法や，②パートナーの協力のもと，系統的脱感作療法，③マスターベーションまたがり性交法，④挙児希望例には，スポイト法や人工授精(AIH)が勧められている[9]が，マスターベーションエイドを用いた指導法の報告は限られている[10]．

市販されている TENGA®は，マスターベーションエイドとして広く普及しており，近年は射精障害治療のデバイスとして用いられている． TENGA®の利点としては，①ある一定のグリップ圧を保つことができるため，強く握りすぎるということがない．②ハード，スタンダード，ソフトの３タイプがあるため，それぞれの刺激に対応可能である．③ディスポーザブルであるため，清潔である．④従来のマスターベーションエイドにあった女性器の装飾などがなく，デザイン性に優れているため，医療サイドとしても使用しやすい．⑤製造元，販売元が明らかになっているので安心である，などが挙げられる．膣内射精障害の患者に対しては，一般的にはマスターベーションの方法を指導することが治療につながるが，TENGA®というマスターベーションエイドを使用させることにより，容易に指導をすることが可能であり，結果的に膣内射精障害の治療をすることができた症例を認めた．

しかし，膣内射精障害の原因は複雑であり，性欲低下や性的嫌悪，また一人でないと射精が出来ないなど，様々なパターンが見受けられた．そのような患者には行動療法などのカウンセリングが必要となってくるが，治療期間が短期であったためか，カウンセリングのみで効果があり射精障害の改善を認めた患者は２名のみであった．そのため，挙児希望の患者には人工受精(AIH)等の生殖補助医療を併用して用いた．しかし，子供を出産後で挙児希望がないにもかかわらず治療を希望される夫婦がいた事を考慮すると，挙児を達成する事できたとしても，膣内射精障害に悩むカップルに内在する問題が解決する訳ではないことが示唆された．

今回，われわれが調査した症例は，男性不妊外来に訪れた患者のみであり，潜在的にはさらに多くの膣内射精障害患者が存在する事が予想される．今後，性教育における正しいマスターベーション方法の指導など，膣内射精障害についての啓発活動が必要になると考えられた．また，マスターベーションエイドはマスターベーション方法を指導し，リハビリテーションをする道具として有用である可能性が示唆された．しかし，治療が奏功する患者は一部であり，カウンセリングや挙児希望カップルには生殖補助医療などを組み合わせつつ治療を進めて行く必要があると考えられた．

文　献

1）小谷俊一，伊藤裕一，千田素宏，甲斐司光：今，射精障害にどう対処するか？―射精障害治療の変遷と現状―．日性会誌，**19**, 203―223, 2004.

2）天野俊康：射精障害の原因と治療．　Urology View, **3**, 48―51, 2006.

3）阿部輝夫：オルガズム障害とセックス・セラピー．セックス・カウンセリング入門，第２版，p 122―128, 金原出版，2005.

4）Kam S.C., Han D.H. and Lee S.W.: The diagnostic value of the premature ejaculation diagnostic tool and its association with intravaginal ejaculatory time. J. Sex Med., **8**, 865―871, 2011.

5) Andersson K. E. and Abdel-Hamid I. A.: Therapeutic targets for premature ejaculation. Maturitas, **70**, 26—33, 2011.
6) Jannini E. A., McMahon C., Chen J., Aversa A. and Perelman M.: The Controversial Role of Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors in the Treatment of Premature Ejaculation. J. Sex Med., **8**, 2135—2143, 2011.
7) Ho C. C., Singam P., Hong G. E. and Zainuddin Z. M.: Male sexual dysfunction in Asia. Asian J. Andol., **13**, 537—542, 2011.
8) Pasqualotto F. F., Pasqualotto E. B., Sobreiro B. P., Hallak J., Medeiros F. and Lucon A. M.: Clinical diagnosis in men undergoing infertility investigation in a university hospital. Urol. Int., **76**, 122—125, 2006.
9) 小谷俊一：射精障害—病態に応じた治療選択—．泌尿器外科，**20**, 655—661, 2007.
10) 小堀善友，佐藤　両，芦沢好夫，八木　宏，宋　成浩，新井　学，岡田　弘：射精障害患者に対するMasturbatorを用いたリハビリテーション．日性会誌，**24**, 355—357, 2009.

REHABILITATION FOR INTRAVAGINAL EJACULATORY DYSFUNCTION WITH USING A MASTURBATION AID

Yoshitomo Kobori, Hiroaki Aoki, Koujiro Nishio, Ryo Sato, Yoshio Ashizawa, Hiroshi Yagi, Shigehiro So, Gaku Arai and Hiroshi Okada
Department of Urology, Dokkyo Medical University Koshigaya Hospital

Abstract:

(Objectives) Recently the incidence of intravaginal ejaculatory dysfunction is increasing among infertile couples in Japan. Some unusual ways of masturbation and psychogenic issues were reported to cause this disorder.

Patients, who had done masturbation in an unusual way for long time since their adolescence, were difficult to gain normal intravaginal ejaculation by the behavior therapy which was used for erectile dysfunction. We, therefore, used a masturbation aid (TENGA) for rehabilitation of ejaculation to overcome this condition.

(Patients and methods) From January, 2010 through March, 2011, a total of 16 patients with intravaginal ejaculatory dysfunction underwent rehabilitation of ejaculation using TENGA. Patients' satisfaction and achievement of intravaginal ejaculation were evaluated by the questionnaire.

(Results) Twelve patients (75%) could ejaculate in the masturbation aid (TENGA). Five patients (31%) succeeded to ejaculate in the partner's vagina after rehabilitation.

(Conclusions) A masturbation aid (TENGA) was a useful tool to correct the way of masturbation and achieve normal intravaginal ejaculation. This masturbation aid can be one of the effective options for the treatment of intravaginal ejaculatory dysfunction.

(Jpn. J. Urol 103(3): 548-551, 2012)

Keywords: ejaculatory dysfunction, masturbation, male infertility

Received: August 30, 2011, Accepted: November 28, 2011

© 2012 Japanese Urological Association