

慢性附睾炎中西医结合诊疗与健康 管理中国专家共识

中华医学会男科学分会

慢性附睾炎中西医结合诊疗与健康
管理中国专家共识编写组

【关键词】慢性附睾炎; 中西医结合; 诊断; 治疗; 健康管理; 专家共识

中图分类号: R697+.22; R2-031 文献标志码: A doi: 10.13263/j.cnki.nja.2024.09.012 ①

慢性附睾炎(chronic epididymitis, CE)是指因急性感染后或慢性感染、药物等理化因素导致单侧或双侧附睾持续3个月及以上不适或疼痛^[1-2],是影响男性健康的生殖系统感染性疾病之一^[3]。西医治疗在缓解症状和控制疾病进展方面取得了一定成效,但由于慢性附睾炎病程长、症状变异大,仍然存在治疗效果不稳定、不良反应及患者依从性低下等问题^[4]。中医注重整体调护与辨证治疗,可增强机体抗病能力,同时在安全性和耐受性方面表现较好,有助于提高疗效^[5-6],并可缩短疗程,减少患者复发风险^[7]。鉴于此,来自全国中西医结合男科领域的专家团队,中西协同,扬长避短,经反复磋商后修订形成本共识,提供慢性附睾炎中西医结合诊疗及健康管理策略,为临床提供指导和参考。

1 流行病学

我国缺乏相关流行病学资料,根据国外流行病学调查:附睾炎年发病率为0.25%~0.65%^[8]。慢性附睾炎可发生于各个年龄,但多见于中青年,最常见原因是感染^[9]。尿路感染时,致病微生物可通过输精管管腔进入附睾^[8,10];在极少数情况下,感染因子可通过血行或淋巴途径到达附睾^[9-10]。感染传播途径与年龄相关,包括性传播和非性传播。性传播感染常见于35岁以下年轻患者,病原体主要包括沙眼衣原体^[11]、淋球菌和生殖道支原体^[10,12];有肛交史的男性还有革兰阴性肠道微生物感染的可能^[13]。

非性传播常见于35岁以上男性,以大肠埃希菌感染居多;革兰阴性肠道杆菌感染的危险因素包括泌尿系统梗阻性疾病、泌尿系统手术及操作后导致^[10,14-16];结核分枝杆菌感染所致附睾结核,多数源自肾结核,也可以单独发病^[17];布鲁氏菌^[18]和念珠菌^[19]感染罕见。另外,还存在非感染性原因:①胺碘酮用药相关性附睾炎,停药后症状消失;②白塞病(Behçet's Disease),12%~19%的患者可出现附睾炎^[20]。

2 病因及发病机制

2.1 西医病因病理 慢性附睾炎的病因较为复杂,其病因学包括感染性、非感染性、医源性、特发性、精索静脉曲张等^[21]。发病机制主要是由于致炎因子、病原体、理化因素等引起血-附睾屏障和血-睾屏障的破坏,精子抗原、病原体抗原及炎性分泌物释放至附睾睾丸间质区域,导致大量免疫细胞浸润;NL-RP3/Caspase-1/GSDMD介导的细胞焦亡也在附睾炎的发生中起到了重要作用^[22];同时,免疫细胞所释放的致炎细胞因子如肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor, TNF- α)、白介素-6(interleukin, IL-6)和IL-17等可进一步破坏附睾上皮和睾丸生精微环境,并通过募集大量Th17细胞引起慢性持续性的组织学炎症^[23]。

2.2 中医病因病机 附睾在中医学上属于“肾子”,附睾炎归属“子痛”的范畴^[24]。慢性子痛病机性质多虚实夹杂,与肝、脾、肾关系最为密切,以肝脾

① 通讯作者: 商学军, Email: shangxj98@sina.com; 周青, Email: supergoon@163.com

肾功能失调为本,以痰湿为标,瘀血贯穿始终^[7]。肝失疏泄,则气血运行不畅,津液输布障碍,而致瘀血痰湿内生,瘀血内停于肝经循行会阴处^[25];寒湿之邪阻遏经络气血,血行不畅,瘀血停滞;或湿邪内蕴,损伤脾阳,致水湿不化;或因房事不洁,湿热秽毒外感,邪热迫血妄行,溢于脉外,形成瘀血;或肾阳不足,水湿运化失司,凝聚为痰,结于肾子,缠绵难愈^[26]。

3 诊断

3.1 西医诊断

3.1.1 临床症状 慢性附睾炎的症状差异较大,病程在3个月以上,表现为局部不适、坠胀感或阴囊疼痛,有时可出现急性发作症状^[2];症状也可能是渐进性的,从轻微性、间歇性不适到剧烈性、持续性疼痛等程度不同的症状^[9]。布鲁菌并发附睾炎大多累及单侧附睾,除了表现发热、多汗、乏力等布鲁菌病常见症状外,还可出现不同程度的阴囊疼痛、红肿、下腹疼痛及泌尿系统感染症状^[18];结核性附睾炎出现无痛性或疼痛性的阴囊肿胀,伴或不伴全身性结核中毒症状^[27];性传播疾病所致附睾炎患者可表现为尿道炎症状或者尿道内分泌物增多,也可无明显临床症状^[10-12]。

3.1.2 体格检查 查体可触及患侧附睾结节、肿块或变硬,多局限于附睾尾部,附睾体积偏大,伴轻中度压痛或不伴疼痛,有时可触及患侧输精管迂曲、增粗等。如累及睾丸,患侧睾丸质地偏硬,可伴有触痛。随着时间推移,患侧附睾可肿大或萎缩。结核性附睾炎除附睾可触及硬结外,输精管呈串珠样改变,伴或不伴阴囊窦道形成和阴囊皮肤增厚。部分患者可能存在其他症状和体征:尿道分泌物、鞘膜积液、阴囊红斑水肿、皮温升高等^[28]。

3.1.3 实验室检查 尿常规和尿培养应作为基本的检查项目^[8]。尿常规阴性结果不能排除尿路感染,亚硝酸盐及白细胞酯酶阳性说明患者存在泌尿系统感染。显微镜下革兰染色或亚甲蓝染色尿道涂片镜检显示尿路感染:高倍视野下观察,每高倍视野>5个多形核白细胞,或离心后初始尿每高倍视野观察到>10个白细胞。尿液或尿道分泌物可做细菌培养或淋球菌、支原体、衣原体检验。C反应蛋白、红细胞沉降率升高可支持诊断。所有因为性传播感染的患者都应行其它性传播疾病的筛查^[8, 10, 14, 20]。

3.1.4 辅助检查 阴囊超声对附睾炎的诊断比单纯尿液分析更准确^[29],附睾炎声像图特点是患侧附

睾体积增大,以头尾部增大明显,回声减低或增高,可伴有睾丸体积增大,实质回声不均匀,患侧附睾、睾丸内高血流信号,抗炎治疗后复查睾丸、附睾内血流信号明显减少。彩色多普勒超声在本病与睾丸附睾肿瘤、囊肿等疾病的鉴别诊断中有一定的临床价值;对急性附睾炎或者慢性附睾炎急性发作与急性睾丸(及附件)扭转的鉴别具有重要意义。彩色多普勒检查在炎症时显示高血流信号,而睾丸扭转时显示血流信号减少甚至消失^[29-30]。

3.2 鉴别诊断

3.2.1 急性附睾炎 病程一般小于6周,发病急,多为单侧,表现为寒战、高热,阴囊不同程度肿痛,疼痛可向患侧腹股沟和下腹部放射。全身炎症指标可升高,彩色多普勒超声表现为附睾肿大、血流增加。

3.2.2 睾丸肿瘤 早期肿瘤较小时临床症状不明显,当肿瘤逐渐增大可有睾丸坠胀疼痛,触诊睾丸表面光滑质硬,有沉重感。少数起病急,睾丸突然出现疼痛性肿块、红肿及发热,考虑为肿瘤出血坏死,较容易误诊为急性附睾炎。甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP)和人绒毛膜促性腺激素-β亚基(B-human chorionic gonadotropin, β-hCG)等肿瘤标志物检测、超声、CT或MRI检查有助于鉴别。

3.2.3 附睾囊肿 多见于20~40岁男性,一般无明显症状,偶有阴囊部不适或下坠感,附睾部触及囊性肿物,质较软,界限清,有波动感,挤压不缩小,透光试验阳性。CDFI检查可在附睾部发现液性暗区。囊肿穿刺出乳白色不透明液体,镜检可见精子、脂肪小体等。当附睾囊肿扭转时,可伴有剧烈疼痛,甚至囊肿坏死,局部皮肤形成蓝或蓝黑色斑块,称蓝点征,而透光试验可见积液呈蓝色,此时需要注意与睾丸扭转相鉴别。

3.2.4 附睾肿瘤 多发生于20~40岁性功能活跃时期,极为少见,一般为单侧性病变,多数为良性肿瘤。发病缓慢,好发于附睾尾部或头部,肿瘤一般不超过3.0 cm大小,呈圆形或卵圆形,表面光滑,界限清楚,质地有弹性感,无压痛或压痛不明显。附睾恶性肿瘤表面不光滑,结节状,界限不清,质地硬韧,有压痛,生长迅速,容易侵及睾丸及精索。超声、CT或MRI等检查有助于鉴别诊断,术后病理组织学检查可明确诊断。

3.2.5 附睾淤积症 一般发生于输精管结扎6个月以上,阴囊部位肿痛,附睾肿大压痛。结扎后附睾管压力增高、管腔破裂、梗阻,精子外溢,精子肉芽肿形成造成的继发性梗阻是输精管吻合后持续附睾精子淤积的主要原因。彩色超声和MRI能清晰的看

到扩张迂曲的附睾管。

3.3 中医诊断与辨证 慢性子痛以子系硬结、阴囊坠胀疼痛感或放射到下腹部及同侧大腿内侧为诊断要点。中医辨证有湿热瘀阻证、气滞痰凝证、气虚血瘀证、阳虚寒凝证、脾肾亏虚证。

4 治疗

4.1 目标与策略 治疗目标: 消除致病微生物, 缓解临床症状, 减少并发症, 提高患者生活质量。

4.2 一般治疗 慢性附睾炎早期或急性发作期需卧床休息, 慢性附睾炎急性发作期可局部冷敷以减轻疼痛症状。对于疑似性传播感染的患者, 治疗期间避免性生活。

4.3 西医治疗

4.3.1 抗生素治疗 留取尿液/尿道分泌物样本行微生物培养及药敏试验, 选择敏感抗生素治疗, 药敏结果未出时, 可经验性使用抗生素。对于肠道菌群(如大肠埃希菌)引起的病例, 建议使用氟喹诺酮类抗生素; 对于沙眼衣原体或解脲支原体引起的感染, 使用多西环素或阿奇霉素, 也可联合氟喹诺酮类抗生素治疗; 对于淋病性附睾炎患者, 肌肉注射头孢曲松, 或加多西环素、阿奇霉素^[8, 10, 12, 20]。

4.3.2 改善微循环、镇痛对症支持治疗 对于疼痛明显的患者可应用非甾体类抗炎药止痛治疗。

4.3.3 手术治疗 对各种保守治疗无效且局部疼痛剧烈, 反复发作, 影响工作生活者, 可考虑行附睾切除术^[31-32]、皮肤血管吻合术^[33], 抑制附睾切除后粘连和纤维化是缓解疼痛的重要方式^[34-35]。

4.4 中医药治疗 散结止痛为主要治法, 兼清热利湿、疏肝理气、健脾益气、温肾助阳、补益肝肾。

4.4.1 湿热瘀阻证 证候: 附睾刺痛、酸胀, 可牵及腹股沟, 阴囊潮湿或瘙痒, 或伴小便短赤、口苦口干等症, 舌质偏红、苔黄腻, 脉滑数或滞涩。治法: 清利湿热, 化瘀止痛。推荐方剂: 龙胆泻肝汤合桂枝茯苓丸加减^[36]。推荐中成药: 八宝丹、龙胆泻肝丸加桂枝茯苓胶囊。

4.4.2 肝郁气滞证 证候: 附睾肿胀疼痛、下坠感, 可牵及腹股沟, 或向少腹部或会阴部放射。可摸及附睾硬结肿块, 局部触痛, 活动或站立后明显; 症状加重与情绪变化有关, 易怒、善太息。舌质紫暗, 可有瘀点, 苔白或黄, 脉涩, 或结代。治法: 疏肝解郁, 理气止痛。推荐方剂: 橘核丸(出自济生方)加减^[37]、柴胡疏肝散加减^[38]。推荐中成药: 济生橘核丸、丹栀逍遥丸加小金丸。

4.4.3 气虚血瘀证 证候: 附睾增大、结节, 会阴或

少腹胀痛、刺痛或隐痛不适, 伴有神疲乏力、自汗懒言, 舌淡紫, 苔少脉涩。治法: 健脾益气, 活血止痛。推荐方剂: 补阳还五汤加减。推荐中成药: 补中益气丸加桂枝茯苓胶囊。

4.4.4 阳虚寒凝证 证候: 附睾结节, 子系粗肿, 阴囊冷痛, 遇寒加重。可伴畏寒怕冷, 腰膝酸软, 阳痿, 遗精。舌质淡或有齿痕, 苔白, 脉沉或细。治法: 温肾助阳, 祛寒止痛。推荐方剂: 阳和汤加减、天台乌药散加减、暖肝煎加减^[39]。推荐中成药: 桂附地黄丸加西黄胶囊。

4.4.5 肝肾阴虚证 证候: 附睾硬结不消, 时有隐痛, 阴囊冷痛, 酸重不适, 或阴囊皮肤麻木, 伴腰酸乏力、心悸气短、头晕目眩等症状, 舌淡红、少苔, 脉沉细。治法: 补益肝肾, 和营止痛。推荐方剂: 六味地黄汤加减、一贯煎加减。推荐中成药: 六味地黄丸。

上述证型临证时辨证加减: 局部坠胀不适为中气不足者, 可加升麻、黄芪; 局部胀痛为气机不畅、瘀瘀络者, 可加橘核、橘络、夏枯草、浙贝、牡蛎、猫爪草^[40]; 局部刺痛难忍为血瘀阻络者, 可加丹参、三七、三棱、莪术、水蛭、地龙; 局部伴睾丸不适或牵涉痛, 可加乌药、小茴香、延胡索、川楝子等疏肝理气入肝经的药物。

4.5 中医外治法 主要有外敷疗法、中药熏蒸疗法、针刺疗法, 具有作用迅速、缩短治疗周期、适用范围广等优势^[41]。

4.5.1 外敷疗法

4.5.1.1 如意金黄散(膏) 出自《外科正宗》, 由姜黄、大黄、黄柏、苍术、厚朴、陈皮、甘草、生天南星、白芷、天花粉组成。功效: 清热解毒, 消肿止痛。取中成药如意金黄膏适量, 适当加热后均匀涂于3~4层纱布之上, 厚约0.5 cm, 完全贴敷患侧阴囊并包扎固定, 抬高阴囊, 次日清晨去除药膏, 每日1次。

4.5.1.2 阳和解凝膏 出自《外科证治全生集》, 由牛蒡草、凤仙透骨草、生川乌、桂枝、大黄、当归、生草乌、生附子、地龙、僵蚕、赤芍、白芷、白蔹、白及、川芎、续断、防风、荆芥、五灵脂、木香、香橼、陈皮、肉桂、乳香、没药、苏合香、麝香组成。功效: 温经和阳, 行气活血, 驱风散寒, 化痰通络。

取中成药阳和解凝膏适量, 适当加热后均匀涂于3~4层纱布之上, 厚约0.5 cm, 完全贴敷患侧阴囊并包扎固定, 抬高阴囊, 次日清晨去除药膏, 每日1次。

4.5.2 中药熏蒸疗法 中药熏蒸可通过增加药物与附睾皮肤接触面积, 提高药物吸收率, 从而达到减轻疼痛、缓解阴囊肿胀的疗效。将黄柏、车前子、大

黄、元胡、泽兰、皂角刺药物加适量清水浸泡半小时,使药材充分湿润,使用小火煎煮 30 min,确保药材的有效成分能够充分溶解在药液中,并将煮好的药液加温水稀释 2 000 ml 倒入智能型中药熏蒸汽自控治疗仪中,设置温度 34 ~ 36 ℃。因为过高的温度会导致精子活性降低,34 ~ 36 ℃既能满足中药熏蒸的治疗需求,又最接近正常阴囊部位温度,对附睾炎患者更具有显著的临床疗效。每次治疗时间为 20 min,每日治疗 2 次,连续治疗 14 d。通过药液的直接接触和渗透,更好地发挥药物的治疗效果^[42]。

4.5.3 针刺疗法 主穴为急脉、横骨、三阴交、行间、蠡沟,并根据不同中医证型配穴,针刺得气后留针 30 min,每日 1 次,30 d 为 1 个疗程^[43]。

4.5.3.1 湿热瘀阻证 取足五里、侠溪、阴包、井穴。手法:泻法或透天凉。

4.5.3.2 气滞痰凝证 取肝俞、期门或阳陵泉、日月。手法:泻法或平补平泻法。

4.5.3.3 气虚血瘀证 取足三里、中极、关元、膈俞、血海。手法:足三里、中极、关元取补法、膈俞、血海取泻法。

4.5.3.4 阳虚寒凝证 取肾俞、膀胱俞、命门、三阴交。手法:烧山火或温针灸。

4.5.3.5 肝肾亏虚证 取脾俞、内关、肾俞、次髎。手法:烧山火或温针灸。

4.6 物理疗法 物理疗法主要适用于反复发作、以疼痛、坠胀不适为主要症状的患者,具有改善局部炎症、促进组织修复、缓解疼痛的功效,包括超短波理疗、频谱治疗仪、电生理技术、直流中药离子导入疗法、磁疗均可酌情使用^[44]。

4.7 子痛共病的治疗

4.7.1 合并慢性前列腺炎 慢性子痛与精浊病因病机相关,常合而发病,治疗应分清肾虚、湿热、肝郁、瘀滞四个基本病理环节,以疏通精室为主,可参考《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》^[45]。

4.7.2 合并男性不育症 慢性附睾炎引起的附睾组织瘢痕性硬化影响精子成熟^[46],同时附睾管纤维化及附睾小管粘连,导致梗阻性无精子症^[10]。中医治法强调“闭者通之,寒者宜温,热者宜凉,滑者宜涩,虚者宜补”,去其所偏,以疏通堵塞之肾子为主,

兼治不育,可参考《男性不育症中西医结合多学科诊疗指南》^[47]。

5 健康管理

慢性附睾炎的中医健康管理是指以中医整体观念、辨证论治为指导,应用“未病先防,既病防变,瘥后防复”的“治未病”理念,以促进疾病恢复、提高生活质量为主的科学管理模式。

5.1 未病先防 体质决定着疾病的易罹性,因此需加强对不同体质人群的科普宣传,并根据体质差异进行饮食指导^[48]。痰湿体质者少吃或避免富含脂肪和糖分的食物以及增加蔬菜水果的摄入量,散步、慢跑、游泳等有氧运动锻炼可促进身体促进新陈代谢,降低身体质量指数,改善痰湿体质^[49]。肝郁气滞体质者可通过心理咨询、倾诉等方式释放情绪压力,或通过练习深呼吸、冥想等放松技巧缓解情绪紧张。阳虚体质者可通过八段锦、慢跑等养生锻炼减轻阳虚症状,以改善阳虚体质^[50]。同时,慢性附睾炎可由慢性前列腺炎、慢性精囊炎等邻近性腺的慢性感染所致,因此需加强对附睾邻近性腺慢性炎症的综合治疗^[51]。

5.2 既病防变 分阶段加强对慢性附睾炎患者的心理疏导及教育。定期科普宣教慢性附睾炎护理知识,加强心理干预。通过与患者沟通交流,了解其心理需求和情绪变化,给予适当的心理支持和安慰,帮助患者树立战胜疾病的信心^[52]。重视康复锻炼,太极拳是一种慢速、徐缓的运动形式,可以舒缓和放松身体,提高人的调节能力和抵抗力,促进局部血液循环,缓解疼痛和不适,可适用于慢性附睾炎患者^[53]。

5.3 瘥后防复 定期随访减少慢性附睾炎复发。医护告知患者药物的正确使用方法、症状的自我监控、合理的运动和饮食。定期复查尿液常规、泌尿及生殖系彩超及定期随访合并心理障碍患者^[54]。

慢性附睾炎可对患者的生活产生持久影响,需要综合的、长期的慢性管理理念来维护患者的健康,包括患者的健康教育和自我管理、个性化的治疗计划及定期随访,有助于防止慢性附睾炎的持续加重及复发。

慢性附睾炎中西医结合诊疗与健康管理
中国专家共识编写组成员

组长

商学军(南京大学医学院附属金陵医院/ 东部战区总医院)
周 青(湖南中医药大学第一附属医院)

副组长(按姓氏拼音)

陈建设(河南省中医院)
吕伯东(浙江大学医学院附属第二医院)
张长城(三峡大学健康医学院)
周 兴(湖南中医药大学第一附属医院)

专家组成员(按姓氏拼音)

刘保兴(中日友好医院)
刘建荣(山西省人民医院)
李湛民(辽宁中医药大学附属医院)
王万春(江西省中医院)
王 福(中国中医科学院西苑医院)
王祖龙(河南中医药大学第一附属医院)
武志刚(温州医科大学附属第一医院)
杨文涛(广西中医药大学附属瑞康医院)
余 怡(宁波大学附属第一医院)
张培海(成都中医药大学附属医院)
张 星(江苏省中医院)
赵 欣(东部战区总医院)
周远忠(遵义医科大学)

执笔(按姓氏拼音)

游旭军(广州中医药大学第七临床医学院)
周 骏(湖南中医药大学第一附属医院)

作者贡献声明

游旭军、周骏负责文章撰写和修改; 周青、商学军负责专家共识指导与审校; 专家共识编写组所有专家均参与共识讨论及修改。

参考文献

[1] 王晓峰, 朱积川, 邓春华. 中国男科疾病诊断治疗指南. 北京: 人民卫生出版社, 2013. 337.
[2] Nickel JC, Siemens DR, Nickel KR, et al. The patient with chronic epididymitis: characterization of an enigmatic syndrome. *J Urol*, 2002, 167(4): 1701-1704.
[3] Haidl G, Allam JP, Schuppe HC. Chronic epididymitis: impact on semen parameters and therapeutic options. *Andrologia*, 2008, 40(2): 92-96.
[4] 李仁宇. 前列舒通联合头孢克肟治疗慢性附睾炎的临床疗效及安全性. *实用中西医结合临床*, 2021, 21(13): 90-91.
[5] Lei Y, Yang J, Li Y, et al. Traditional Chinese medicine on treating epididymitis: A systematic review and meta-analysis protocol. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98(24): e15975.
[6] 周玉春, 夏国守, 薛宇阳, 等. 补肾祛湿中药联合多沙唑嗪治疗慢性附睾炎的临床研究. *中华男科学杂志*, 2010, 16(12): 1143-1146.

[7] 于文晓, 韩 强, 张修举, 等. 郭军教授治疗慢性附睾炎经验. *河北中医*, 2018, 40(8): 1125-1128.
[8] Cek M, Sturdza L, Pilatz A. Acute and chronic epididymitis. *Eur Urol*, 2017, 16(Suppl): 124-131.
[9] 孙颖浩. 吴阶平泌尿外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
[10] Trojian TH, Lishnak TS, Heiman D. Epididymitis and orchitis: an overview. *Am Fam Physician*, 2009, 79(7): 583-587.
[11] Paira DA, Olmedo JJ, Olivera C, et al. Chronic epididymitis due to Chlamydia trachomatis LGV-42 in an HIV-negative heterosexual patient: A case report. *Front Public Health*, 2023, 11: 1129166.
[12] Workowski KA, Bachmann LH, CHAN PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rp*, 2021, 70(4): 1-187.
[13] Pilatz A, Hossain H, Kaiser, et al. Acute epididymitis revisited: Impact of molecular diagnostics on etiology and contemporary guideline recommendations. *Eur Urol*, 2015, 68(3): 428-435.
[14] Mcconaghy Jr, Panchal B. Epididymitis: an overview. *Am Fam Physician*, 2016, 94(9): 723-726.
[15] 黄宇烽, 李宏军. 实用男科学. 北京: 科学出版社, 2009.
[16] Gupta Rk, Best J, Macmahon E. Mumps and the UK epidemic 2005. *BMJ*, 2005, 330(7500): 1132-1135.
[17] Viswaroop Bs, Kekre N, Gopalakrishnan G. Isolated tuberculous epididymitis: A review of forty cases. *J Postgrad Med*, 2005, 51(2): 109-111.
[18] Savašic U, Zor M, Karakas A, et al. Brucellar epididymo-orchitis: A retrospective multicenter study of 28 cases and review of the literature. *Travel Med Infect Dis*, 2014, 12(6): 667-672.
[19] Jenkin Ga, Choo M, Hosking P, et al. Candidal epididymo-orchitis: Case report and review. *Clin Infect Dis*, 1998, 26(4): 942-945.
[20] Street Ej, Justice Ed, Kopa Z, et al. The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis. *Int J STD AIDS*, 2017, 28(8): 744-749.
[21] Atay M, Toprak H, Akcay A, et al. Association between left-sided varicocele and epididymo-orchitis with sonographic findings. *J Clin Ultrasound*, 2024, 52(6): 700-704.
[22] Duan YG, Wang P, Zheng W, et al. Characterisation of dendritic cell subsets in chronically inflamed human epididymis. *Andrologia*, 2016, 48(4): 431-440.
[23] 战明威, 刘朋飞, 周玉春等. 消癭丸(II) 通过调控 NLRP3 炎症小体治疗小鼠附睾炎的机制研究. *中华男科学杂志*, 2023, 29(6): 483-489.
[24] 秦国政. 中医男科学. 北京: 中国中医药出版社, 2012. 293.
[25] 代 波, 林思伟, 陆海旺, 等. 宾彬从肝论治阴囊疼痛经验. *中医药导报*, 2020, 26(16): 200-202.
[26] 李 冀, 樊金卿, 李在斯. 针药结合治疗慢性附睾炎临床观察. *中医药信息*, 2015, 32(2): 111-113.
[27] Liu HY, Fu YT, Wu CJ, et al. Tuberculous epididymitis: A case report and literature review. *Asian J Androl*, 2005, 7(3): 329-332.
[28] Wharton IP, Chaudhry AH, French Me. A case of mumps epididymitis. *Lancet*, 2006, 367(9500): 702.
[29] Zitek T, Ahmed O, Lim C, et al. Assessing the utility of ultrasound and urinalysis for patients with possible epididymo-orchitis — a retrospective study. *Open Access Emerg Med*, 2020, 12: 47-51.
[30] Rizvi SA, Ahmad I, Siddiqui MA, et al. Role of color Doppler ultrasonography in evaluation of scrotal swellings: Pattern of disease in 120 patients with review of literature. *Urol J*, 2011, 8(1): 60-65.
[31] Singh I, Dev G, Singh N. Chronic epididymitis (epididymal nodule) mimicking an adenomatoid tumor—case report with review of literature. *Int Urol Nephrol*, 2002, 34(2): 219-222.
[32] Cole RM, Andino JJ, Daignault-Newton S, et al. Epididymectomy Is an Effective Treatment for Chronic Epididymal Pain. *Urol Pract*, 2024, 11(2): 409-415.
[33] Falco G, Krauss DJ, Meyer R. Cutaneous vasostomy: Technique for treatment of chronic and recurrent epididymitis. *Urology*,

- 1985, 26(1): 17-19.
- [34] Chung JH, Moon HS, Choi HY, et al. Inhibition of adhesion and fibrosis improves the outcome of epididymectomy as a treatment for chronic epididymitis: A multicenter, randomized controlled, single-blind study. *J Urol*, 2013, 189(5): 1730-1734.
- [35] Siu W, Ohl DA, Schuster TG. Long-term follow-up after epididymectomy for chronic epididymal pain. *Urology*, 2007, 70(2): 335-336.
- [36] 代恒恒, 李海松, 王继升, 等. 李曰庆教授辨证治疗慢性附睾炎经验. *现代中医临床*, 2018, 25(3): 15-17.
- [37] 夏国守, 孙大林, 金保方. 加减橘核丸联合迈之灵治疗慢性附睾炎. *中国中西医结合外科杂志*, 2017, 23(5): 471-474.
- [38] 兰天培. 柴胡疏肝散加减治疗慢性附睾炎临床观察. *山西中医*, 2018, 34(2): 13-14, 16.
- [39] 徐福松. 徐福松实用中医男科学. 北京: 中国中医药出版社, 2009. 545-549.
- [40] 周玉春, 黄卫周, 商学军. 消瘰丸(II)治疗附睾炎的临床观察. *中华男科学杂志*, 2023, 29(5): 441-444.
- [41] 李跃华. 中医外治法集萃. *老年医学与保健*, 2020, 26(5): 713-715.
- [42] 赵欣, 郁郁, 商玮, 等. 中药熏蒸技术联合中药塌渍法治疗急性附睾炎的临床疗效与观察. *中华男科学杂志*, 2024, 30(7): 684-652.
- [43] 黄立飞. 中西医结合治疗湿热瘀阻型慢性附睾炎60例临床观察. *中国实用医药*, 2012, 7(11): 140-141.
- [44] 袁少英. 男科疾病针灸治疗撷萃. 北京: 人民卫生出版社, 2017. 138-139.
- [45] 张敏建, 常德贵, 宾彬, 等. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南. *中国男科学杂志*, 2023, 37(1): 3-17.
- [46] Xin S, Hao Y, Zhi-Peng M, et al. Chronic epididymitis and leptin and their associations with semen characteristics in men with infertility. *Am J Reprod Immunol*, 2019, 82(1): e13126.
- [47] 张继伟, 晏斌, 郭博达. 男性不育症中西医结合多学科诊疗指南(2023版). *中国男科学杂志*, 2023, 37(2): 13-19.
- [48] 王济, 王琦. 大数据技术在中医体质学中应用的思考. *中华中医药杂志*, 2017, 32(3): 901-903.
- [49] 李仰帆. 有氧运动训练改善正常高值血压痰湿体质的临床研究. *山东中医药大学*, 2022.
- [50] 肖和, 刘荣, 陈嘉滢, 等. 八段锦锻炼对大学生阳虚体质的影响. *中国运动医学杂志*, 2023, 42(1): 32-36.
- [51] 李仁宇. 前列舒通联合头孢克肟治疗慢性附睾炎的临床疗效及安全性. *实用中西医结合临床*, 2021, 21(13): 90-91.
- [52] 杨澎, 朱宇. 慢性附睾炎患者抑郁症状调查及心理治疗. *中华男科学杂志*, 2016, 22(11): 1047-1049.
- [53] 张自立. 中老年人太极拳锻炼动机与生活质量关系的研究(硕士论文). 牡丹江: 牡丹江师范学院, 2024.
- [54] 曾明坤, 刘玲, 张晓梅, 等. 慢性附睾炎心理弹性调查及实施延续性护理的临床研究. *国际精神病学杂志*, 2019, 46(2): 377-379.

(收稿日期: 2024-05-30; 接受日期: 2024-08-21)

(本文编辑: 余怡)

作者·读者·编者

关于统计学处理的有关要求

1. 统计研究设计: 应交代统计研究设计的名称和主要做法, 如调查设计(分为前瞻性、回顾性及横断面调查研究)、实验设计(应交代具体的设计类型, 如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等)、临床试验设计(应交代属于第几期临床试验, 采用了何种盲法措施等)。主要做法应围绕4个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明, 尤其要交代如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述: 用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料、用 $M(Q_R)$ 表达呈偏态分布的定量资料; 用统计表时, 要合理安排纵横标目, 并将数据的含义表达清楚; 用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质相匹配, 并使数轴上刻度值的标法符合数学原则; 用相对数时, 分母不宜小于20, 要注意区分百分率与百分比。

3. 统计分析方法的选择: 对于定量资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选用合适的统计分析方法, 不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析; 对于定性资料, 应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件以及分析目的, 选用合适的统计分析方法, 不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析, 应结合专业知识和散布图, 选用合适的回归类型, 不应盲目套用简单直线回归分析, 对具有重复实验数据的回归分析资料, 不应简单化处理; 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计分析方法, 以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系作出全面、合理的解释和评价。

4. 统计结果的解释和表达: 当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时, 应说对比组之间的差异具有显著性(或非常显著性)的意义, 而不应说对比组之间具有显著性(非常显著性)的差异; 应写明所有统计分析方法的具体名称(如: 成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等), 统计量的具体值(如: $t = 3.45$, $\chi^2 = 4.68$, $F = 6.79$ 等), 应尽可能给出具体的 P 值(如: $P = 0.0238$); 当涉及到总体参数(如总体均数、总体率等)时, 在给出显著性检验结果的同时, 再给出95%置信区间。

(本刊编辑部)