



省级项目路演

DOI:10.13729/j.issn.1671-7813.Z20231846

中医外治法应用于肛瘻术后的临床研究进展

刘佳宇¹, 于永铎²

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属第二医院, 辽宁 沈阳 110034)

摘要:肛瘻在肛肠疾病中发病率较高,仅可通过手术彻底治疗,但由于肛门部位位置及构造的特殊性,术后疼痛明显,且易出现水肿或出血等情况,常使患者出现畏惧心理,从而降低依从性。中医外治法在肛瘻术后治疗中应用广泛,且收效显著。现根据对相关文献的学习结合临床经验,从中药外敷、中药熏洗坐浴、中药药线疗法、中药纳肛、中药保留灌肠、针灸治疗及其他中医外治法应用于肛瘻术后的情况做一概述。

关键词:肛瘻;术后;中医外治;创面

中图分类号:R266

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2024)08-0085-04

Clinical Research Progress of TCM External Treatment Applied in Anal Fistula after Operation

LIU Jiayu¹, YU Yongduo²

(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China ;

2. The Second Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110034, Liaoning, China)

Abstract: Anal fistula has a high incidence in anorectal diseases and can only be completely treated by surgery. However, due to the particularity of the location and structure of the anus, the postoperative pain is obvious, and edema or bleeding is easy to occur, which often causes patients to fear, thus reducing compliance. The external treatment of traditional Chinese medicine is widely used in the postoperative treatment of anal fistula, and the results are remarkable. Based on the study of relevant literature and clinical experience, this paper summarized the application of external application of traditional Chinese medicine, traditional Chinese fumigation and bathing, traditional Chinese medicine line therapy, traditional Chinese anal ablation, traditional Chinese medicine retention enema, acupuncture treatment and other external treatment methods of traditional Chinese medicine in anal fistula surgery.

Keywords: anal fistula; postoperative; external treatment of traditional Chinese medicine; wound surface

肛瘻,即肛管直肠瘻,是指直肠或肛管与肛门周围皮肤相通所形成的瘻管,中医称为肛漏,也称痔漏、漏疮、穿肠漏等,绝大多数是肛周脓肿自行破溃或经切开引流后所致的后遗症。目前临床只能通过手术方式对肛瘻进行彻底治疗,传统术式仍是常用手术方式,如肛瘻切开术、肛瘻切除术及切开挂线术等^[1]。但由于其创面暴露,属Ⅲ类手术切口(污染伤口)^[2],再加之解剖位置的特殊性,需参与每日排便活动,且肛周神经分布丰富,敏感度较高,所以术后创面疼痛常较为剧烈,并常出现多种术后并发症,如水肿、出血等。因此,肛瘻术后治疗格外重要,旨在减轻患者术后痛苦,加快其创面愈合。中医外治法在肛瘻的术后治疗中发挥了其不可替代的优势,有着“简、便、效、廉”的特点^[3]。中医外治法,最早记载于春秋战国时期的

《五十二病方》,距今已有近千年的悠久历史,因其具有施用灵活、操作简易、疗效明确等特色优势,一直发展壮大,沿用至今^[4]。

1 中药外治

1.1 中药外敷

中药外敷是用中药制剂直接敷布在创面上,因剂型(包括膏剂、散剂等)及药物组成不同而起到不同作用,大致包括消肿止痛、干燥收敛、促进愈合、保护创面等作用的一种外治方法^[5]。刘进中等^[6]将120例肛瘻术后患者随机分为对照组(术后常规处置,使用凡士林外敷创面治疗)和观察组(术后常规处置,生肌玉红膏外敷创面治疗),两组均进行3周外敷治疗。结果显示,在不同的治疗时间节点,观察组的创面修复率及肉芽形态情况明显优于对照组,最终创口愈合时间也有显著缩短,差异有统计学意义;治疗完成后,观察组总显效率90.0%(54/60);对照组总显效率53.3%(32/60)。研究提示外敷生肌玉红膏对促进肛瘻术后创面愈合有显著作用,加速了创面修复并提高了治愈率。钱英明^[7]按照术后治疗方法不同,将肛瘻术后患者分为对照组(术后用雷夫诺尔纱条覆盖,无菌敷料固定)和观察组(术后分期应用中药外敷),其中观察

基金项目:辽宁省“兴辽英才计划”项目(XLYC2002002)

作者简介:刘佳宇(1998-),女,内蒙古乌兰察布人,医师,硕士在读,研究方向:中医药防治肛肠疾病。

通讯作者:于永铎(1971-),男,辽宁沈阳人,主任中医师、教授,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治肛肠疾病。E-mail: yuyongduo@163.com。



组将术后愈合过程分为消炎止痛期、化腐生肌期、促进愈合期,三期分别予红升丹加煅石膏、化腐散及生肌散,均以散剂涂抹于创面,外用纱布固定。结果显示观察组术后创口疼痛天数及愈合用时均明显短于对照组,且治疗后观察组的治愈率较对照组有明显提高。研究表明中药制剂分期换药可缩短术后疼痛及愈合周期,且可提高治愈率。井鹏等^[8]以凡士林纱条换药作为对照组,对比探究了用珍龙生肌散外敷用于肛瘘术后创面的疗效,结果显示:使用珍龙生肌散外敷治疗,创口局部细菌阳性检出率明显低于对照组,差异显著有统计学意义($P < 0.05$),且创面愈合时间也有明显缩短,差异显著有统计学意义($P < 0.05$)。除用于术后创面换药以利于创面愈合外。戴玲颖^[9]还在临床观察中发现将青黛散用于肛肠术后继发的肛周湿疹,与外涂糖皮质激素类药膏总治愈率相当,而复发率明显更低且差异显著有统计学意义($P < 0.05$)。以上研究表明,中药外敷用于肛瘘术后治疗,不仅可以止痛促愈,还能发挥保护创面,防止感染的作用,除直接作用于创面外,还可干燥肛周皮肤,预防和治疗术后继发湿疹。为中药外敷用于肛瘘术后治疗提供了一定的参考依据。

1.2 中药熏洗坐浴

早在《五十二病方》时即记载了中药熏洗疗法,此法将中药熬制成药液,先利用蒸汽熏蒸,待降至适宜温度后再用以淋洒、浸泡患处局部或全身,集药疗、热疗、气疗、药物离子渗透疗法等于一体,中药成分在蒸汽和热力的共同作用下,经皮肤渗透直接作用于机体^[10]。张娟红等^[11]在试验中将肛瘘术后患者随机分为对照组(1:5000高锰酸钾溶液熏蒸)和观察组(五倍子汤加减熏洗坐浴),观察组以五倍子汤作为基础方,并根据患者不同情况进行临证加减,煎煮药液2500 mL,用蒸汽熏蒸患处,待药液降温后坐浴。两组患者均为每日一次治疗,连续7 d。治疗后将两组各项愈合指标以及治疗有效率做对比分析,发现对照组均低于观察组;而对照组的疼痛评分则更高,且差异显著。研究表明五倍子汤熏洗坐浴相较于高锰酸钾溶液熏蒸,在加速肛瘘术后创面愈合及减轻术后疼痛中的作用表现更为突出。江文华^[12]将肛瘘术后患者随机平均分配作为对照组(高锰酸钾溶液坐浴后局部外涂肛泰软膏)和观察组(祛毒汤熏洗坐浴治疗),两组均治疗时间相同,治疗完成后对比症状评分,显示观察组症状改善更显著,且各项症状指标消退用时较短;最终,观察组总有效率明显高于对照组。此结果表明在肛瘘的术后治疗中选用具有消肿止痛、清热解暑作用的祛毒汤熏洗坐浴,在更大程度上改善了患者的术后症状、缩短了患者的痛苦时长,比起对照组进一步提高了临床治疗水平。吴琼等^[13]利用数据挖掘研究了肛瘘术后熏洗的用药规律,分析显示,使用频率最高的中药多为寒性,如黄柏、芒硝、苦参等,按功效分类,其多是清热药,此外还包含泻下和活血化瘀药,分析涵盖了整体用药规律,得出普遍用于肛瘘术后熏洗的核心处方多由黄柏、苦参、蒲公英、大黄、芒硝等组成,该方以清热利湿、活血化瘀为治法,可为临床用药提供指导思路。

1.3 药线挂线法

药线古称“纸捻”,由具有良好吸水性的纸质制作而成,是

中医学外科临床中常用的一种引流条,一直传承沿用至今,关于其最早记录可追溯至《太平圣惠方》。药线疗法是用药线外蘸具有腐蚀提脓、生肌收口作用的掺药,放入疮口中,再以膏药或油膏覆盖固定的一种传统中医外治法^[14-16]。关于挂线疗法的作用机制,《古今医统大全》将其描述为:“药线日下,肠肌随长,癖处既补,水逐线流,未穿疮孔,鹅管内消”,说明了挂线治疗的原理为:利用药线的慢性勒割作用,使得被切断的肌肉组织在瘘管被缓慢勒割开的同时也完成了生长粘连的过程,起到使瘘管边切开边愈合的功效^[17],切开挂线术是中医外科治疗肛瘘的优势经典术式,广泛用于肛瘘的治疗中。对于部分复杂性和累及括约肌较多的肛瘘,直接切断受累肌肉可能引起肛门失禁,所以临床上常选用传统挂线术式,通过橡皮筋的慢性勒割作用切开瘘管,但其不足之处在于术后可能需要多次收紧橡皮筋保证切割压力,给患者增加术后痛苦,并且有一定的引发不完全肛门失禁的风险。还有一种虚挂线法,也称浮线引流,是不加压收紧,只将橡皮筋置于引流瘘管和感染间隙,等瘘管与感染间隙被肉芽填充后再取出橡皮筋,虽较大程度地保护了肛门功能,但此法难保证引流通畅,复发率较高。目前亦常用虚实结合挂线法,结合两者优势,根治疾病的同时减少了术后紧线的痛苦及肛门失禁的风险^[18]。刘俊杰^[19]选取100例高位肛瘘患者,随机平均分配至观察组和对照组,两组均行低位切开高位挂线术,对照组予普通挂线,而观察组采用药线挂线,制备药线使用的主要药物有大黄、黄柏、乳香、没药、地榆等。治疗后比较两组情况可得:治疗总有效率无明显差异,但观察组术后疼痛程度明显低于对照组,且创面面积更小、愈合用时更短,术后复发率也更低。此研究表明,传统切开挂线法与中医药线疗法用于高位肛瘘的治疗中,均有显著疗效,而相较于传统挂线,药线挂线法更能有效减轻患者术后痛苦、缩小创口面积、加快愈合时间、减少复发。孙英杰等^[20]将78例高位单纯性肛瘘患者随机分为对照组和观察组各39例,同样全部采用低位切开高位挂线术,对照组常规挂线,观察组则选用六神丸药,六神丸有消炎止痛、清凉解毒的功效,内服还可治疮痈肿痛。最终比较两组的疼痛、肿胀、渗液积分,观察组得分明显低于对照组;观察组创口愈合时间为:(19.63 ± 2.43)d,对比对照组(25.49 ± 3.09)d,显著加速了创面愈合;且治疗后前者的肛管直肠压力明显高于后者,Wexner肛门失禁评分也更低,差异显著;最后,观察组的不良事件发生率比起对照组也明显更低。此项研究表明,六神丸药线挂线法疗效优于传统挂线术。药线挂线法集传统术式的优势与药物作用于一身,使中医挂线法的疗效得到了进一步的提升。

1.4 中药纳肛

中药纳肛是用具有对症作用的中药制成膏剂或栓剂,经肛门放入直肠下段的肠腔内,药剂在体温作用下溶解,经肠黏膜直接吸收,以起到治疗作用的一种中医外治法。舒玉珍等^[21]选取60例低位单纯性肛瘘患者,随机分为对照组和试验组各30例,在行肛门瘘管切除术治疗后,观察组和试验组分别使用湿润烧伤膏和凡士林油纱日2次换药治疗,直至创口痊愈。湿润烧伤膏为纯中药制剂,有清热解毒、化瘀通络、祛腐生新的作



用^[22-23]。观察对比两组创面情况,发现:术后第7天时试验组疼痛情况、水肿程度、肉芽组织生长情况相较于对照组均有更好表现,且差异显著,表明湿润烧伤膏换药相比凡士林油沙更能减轻患者痛苦,改善创面炎症反应,减轻水肿,促进肉芽生长。王招标等^[24]将60例低位单纯性肛瘘术后患者随机平均分成治疗组和观察组,治疗组予九华膏换药,对照组使用凡士林纱条换药,治疗14 d。九华膏由滑石、硼砂、朱砂、冰片等药物组成,加工制成膏膏,具有消肿止痛、解毒生肌的功效。最终,治疗组的总有效率明显高于对照组,且两组数据差异显著;两组临床症状积分均得到了改善,但治疗组的改善更为突出,有显著差异($P < 0.05$)。说明了九华膏用于肛瘘术后创面有较显著的疗效。彭军良等^[25]予肛瘘术后患者麝香痔疮栓结合龙珠软膏纳肛换药治疗,临床效果良好。同时其发现应当注意挑选恰当的时机予中药纳肛,若在排便后立即使用,患者会发生肛门疼痛而配合度较差,其根据体会总结可于排便前使用,可润滑软化粪便、有助于患者排便,同时还有止血止痛的作用,减轻患者排便时的恐惧感,从而使药物纳肛收获更好的疗效。

1.5 中药保留灌肠

中药保留灌肠法,是指用器具把中药液灌入肛门,使药液留存于肠道内,保持一段时间,以利于药物经肠道黏膜吸收更全面,起到对于局部甚至全身疾患的治疗作用,在中医外治法中属于导法范畴。有着操作易、起效快、疗效好、不良反应少等优点,临床上也常被用于肛瘘术后治疗^[26]。王燕等^[27]选取60例低位单纯性肛瘘切开后患者,对照组和治疗组分别选用复方黄柏液和五味消毒饮加味保留灌肠,每日便后1次,治疗21天。具体操作方法如下:将药液浸泡至36℃,嘱患者摆合适体位,抽取30 mL药液后缓慢推入直肠腔内,最后以纱布和胶布固定,结束后患者回到病床平卧使药液保留2 h。最后,经分析对比,治疗后两组创面愈合所用时间及总显效率虽无明显差异($P > 0.05$),但治疗组缩短炎性反应、改善创面瘙痒和渗出情况、加快腐肉脱落的效果较显著,试验证明中药灌肠用于肛瘘术后疗效良好,消除了患者口服中药的痛苦,同时药液直接、充分接触肠壁,经肠黏膜吸收发挥药效,提高了药物利用率。

2 针灸治疗

对于术后难以忍受强烈疼痛的患者,有时会根据其意愿予外用镇痛泵或予镇痛药物口服,但疗效并非完全理想,且有发生药物不良反应的可能。大量研究表明,针刺镇痛疗效确切。李宁等^[28]对肛瘘术后疼痛的两组患者分别给予针刺止痛(体穴选次髂,头穴取顶旁1线)和镇痛药止痛(曲马多50 mg),最终发现局部取穴配远部头穴针刺用于术后镇痛的效果明显优于服用镇痛药物,其见效更快,止痛效果更优且更持久。用于治疗肛肠疾病的腧穴除次髂外,还有长强、承山、二白、百会、龈交等^[29]。刘成伟等^[30]选取龈交穴,观察评价了针刺此穴对肛肠术后疼痛的改善效果,针刺组包括治疗组和腧穴对照组,治疗组予针刺龈交,腧穴对照组则针刺合谷、孔最,另设药物对照组予内服适宜剂量弱效阿片类中枢镇痛药。最终对比疗效,治疗组与药物对照组差异不明显($P > 0.05$),而明显优于腧穴对

照组的疗效,且差异显著($P < 0.05$),表明针刺龈交穴对于肛肠术后镇痛疗效理想。在留针的基础上发展而成的穴位埋线法,是用微创埋线针将可吸收的羊肠线或其他蛋白类药线埋植于穴位,对局部进行长效刺激以达到治疗目的的一种疗法,在临床上可用于治疗多种痛证,治疗效果持久、柔和,不良反应较少^[31]。李海玲等^[32]选双侧上巨虚及承山穴,探究穴位埋线应用于肛肠疾病术后缓解疼痛的疗效,发现加用上述穴位埋线治疗的病例疼痛积分明显低于仅常规换药的对照组,且镇痛时间较为持久。除术后最多发的剧烈疼痛外,肛瘘术后患者还常出现尿潴留,多通过使用药物、热敷、膀胱按压、留置导尿管等缓解,而针灸在治疗术后尿潴留中有其独特优势。拓庆丰等^[33]观察了针刺关元、中极、水道、气海等穴位对于尿潴留的改善情况,发现效果理想,治疗后自行排尿缩短,残余尿量减少,且便秘症状也有所改善。除针刺治疗外,灸法也有改善术后症状的效果,有动物实验表明,在创面修复的整个过程中,温和灸均有促进作用^[34]。关威等^[35]在研究中将肛瘘术后患者平均分成3组,一组为常规治疗组,在常规治疗的基础上,另外两组分别为:加以创面灸结合治疗、同时加以创面灸及穴位灸结合治疗,观察对比三组的临床效果,最后,创面穴位灸组的创面愈合率、愈合用时、瘢痕情况均优于另外两组,总有效率为100%,同创面灸组,却高于对照组。

3 其他疗法

目前中医外治法在肛瘘术后的应用除上述几种以外,还有如微波治疗、红光照射、耳穴压豆、中药烫熨、穴位贴敷等治疗方法,常用于辅助治疗。微波治疗多用于创伤或局部炎性水肿,利用微波能量加热治疗部位,以扩张局部血管,加速血液循环,促进炎性物质的吸收代谢,具有减轻炎性反应,进而对创面起到消肿、止痛、加速创面愈合的作用^[36]。红光照射有增强细胞新陈代谢、加强细胞新生、提高免疫功能的作用,应用于肛瘘术后可以促进创口愈合。胡梅生等^[37]在观察中发现应用红光联合红油膏换药的临床疗效优于单纯应用红油膏换药,且患者的瘙痒和疼痛程度比起单纯换药组也有明显减轻。中药烫熨是指将中草药粉研制成颗粒,或再加入某种导热矿物质后,用布包裹后加热,直接置于治疗局部进行缓慢、来回地移动烫熨的一种外治方法,同样利用导热效应促进药物的渗透和吸收。中医学认为“耳为宗脉之所聚”,人体所有脏腑在耳郭上都有对应点,某一部位或脏腑出现病变时都可通过刺激耳廓上对应的区域达到治疗目的,耳穴压豆是指根据治疗目的,选相应耳穴,将王不留行籽放置固定于所选耳穴处,给予一定压迫,使产生酸麻胀痛样反应,以刺激相应病位,达到治疗效果。刘娟等^[38]观察了这两种治法用于肛瘘术后的疗效,发现前者可更有效地改善术后排尿、排便情况,而耳穴压豆则在降低患者的焦虑、抑郁评分方面优于前者。穴位贴敷是指将药物研磨成粉,再调和成膏状或饼状,贴敷于患处或特定穴位,以起到激发经气、通经活络、清热解毒、消肿止痛等作用的一种外治法。谢莉萍^[39]将艾叶、猪苓、丁香、白术、茯苓及泽泻等药物制成药饼,贴敷于中极、关元、气海、神阙等穴位,以治疗肛瘘术后尿潴留,最终收效良好,且收获了较高的患者满意度。



4 总结

长期迁延、反复发作的肛瘘有癌变的可能性,手术是治疗肛瘘的唯一方法,应尽早手术,而由于位置特殊、术后创口开放,术区持续被污染,在理论上,术后创口因感染而发生疼痛、炎症、水肿无法避免。但中医中药的应用在很大程度上帮患者减轻了术后各种并发症。中医外治法沿用至今,在继承的同时不断革新,形成了现有的中医外治体系,在中医外科学中发挥着不可替代的作用,但这一基于总结临床经验的方法,虽疗效明确,在理论研究方面却终归存在不足,如关于中药的药理学、药动学研究较少,缺乏关于中药制剂作用机制的基础研究,以及存在大量低水平重复研究而无重大突破等问题。希望日后研究者结合现代医学、科学技术,加强基础研究,以明确治疗机制,进一步规范和指导中医临床外治法。

参考文献

[1] 李磊,颜桂林,樊文彬,等.不同术式对肛瘘术后疼痛的影响与思考[J].中国全科医学,2020,23(2):204-208.

[2] 崔国策,郭明浩,李宇飞,等.中医外治综合疗法对湿热下注型肛瘘术后止痛促愈的疗效评价[J].河北中医,2021,43(6):943-946.

[3] 阮营营,王军省.肛瘘术后中医外治法的临床研究进展[J].新疆中医药,2020,38(2):122-125.

[4] 毕文静,柳越冬.中医外科外治法治疗痔疾的历史源流[J].辽宁中医杂志,2017,44(3):498-501.

[5] 吴琼,高记华,戚文月,等.中药促进肛瘘术后创面愈合的研究进展[J].中国医院用药评价与分析,2022,22(8):1017-1019,1024.

[6] 刘进中,马莉.生肌玉红膏对肛瘘术后创面愈合的影响[J].海南医学院学报,2016,22(1):69-71.

[7] 钱英明.中药分期外敷结合肛瘘切除术治疗肛瘘效果观察[J].中国乡村医药,2014,21(12):71-72.

[8] 井鹏,王丽璞,王超,等.用珍龙生肌散对接受低位肛瘘切开引流术后患者的手术创面进行外敷治疗的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(4):191-192.

[9] 戴玲颖.青黛散治疗肛肠疾病术后肛周湿疹的临床观察[J].光明中医,2018,33(11):1590-1592.

[10] 江玲玲,罗继珍,袁苑.中药熏洗加开天门治疗肛肠疾病术后创面水肿疼痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(4):62-64.

[11] 张娟红,李孝忠.五倍子汤熏洗在肛瘘术后患者中的应用效果观察[J].甘肃科技,2022,38(24):114-116.

[12] 江文华.肛肠术后患者应用祛毒汤熏洗坐浴治疗的效果分析[J].保健医学研究与实践,2021,18(S1):91-93.

[13] 吴琼,高记华,戚文月,等.基于数据挖掘探讨中药熏洗促进肛瘘术后创面愈合用药规律[J].中国中医药信息杂志,2023,30(2):20-25.

[14] 曹永志,何春梅,姚一博,等.中医“药线疗法”临床应用概况[J].上海中医药杂志,2012,46(5):95-96.

[15] 王益周.为人体“修洞补漏”[J].辽宁中医学院学报,2000(3):183-184.

[16] 杨智刚,刘华.中医外治法在肛瘘术后的临床研究及作用机制进展[J].河北中医,2018,40(6):956-960.

[17] 张少军,杨巍.古代肛瘘挂线术的发展及思考[J].江苏中医药,2012,44(4):61-62.

[18] 李昕,郑丽华.肛瘘常用手术方式[J].中国临床医生杂志,2023,51(1):3-6.

[19] 刘俊杰.中药线挂线疗法治疗高位肛瘘50例疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2020,40(10):29-30.

[20] 孙英杰,刘越军,刘振生,等.六神丸药线挂线对高位单纯性肛瘘临床疗效及直肠肛管功能的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2022,28(2):218-222.

[21] 舒玉珍,钱程,黄泉云,等.湿润烧伤膏在低位单纯性肛瘘术后创面中的应用效果分析[J].中国烧伤创疡杂志,2023,35(1):71-74.

[22] 张喜梅.湿润烧伤膏治疗混合痔术后创面疗效观察[J].中国烧伤创疡杂志,2017,29(5):345-347.

[23] 田岩松,王志改,王建锋.创疡贴在混合痔术后创面愈合中的应用[J].中国烧伤创疡杂志,2014,26(6):440-441.

[24] 王招标,曹晖.九华膏对低位单纯性肛瘘术后创面愈合的疗效观察[J].山西中医,2021,37(8):46-47.

[25] 彭军良,吴小妹,金玉弟,等.中药促进肛瘘术后创面愈合的进展[J].中国中医急症,2013,22(6):962-964.

[26] 柯敏辉,吴思量.论中药保留灌肠法在肛肠疾病中的临床应用[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(8):130-131.

[27] 王燕,麻清,丁克,等.五味消毒饮加味保留灌肠促进肛瘘术后创面愈合的临床观察[J].世界科学技术-中医药现代化,2015,17(10):2034-2038.

[28] 李宁,吴滨,吴光前,等.针刺治疗肛瘘术后疼痛40例疗效观察[J].中国针灸,2000(9):11-12.

[29] 朱现民.针灸治疗肛门直肠疾病用穴探微[J].中国针灸,2011,31(12):1114-1115.

[30] 刘成伟,陈敬君,梁起寿,等.腧穴在治疗痔瘘术后疼痛的临床应用评估[J].中国实用医药,2007(33):60-61.

[31] 孙文善.微创埋线在疼痛治疗中的应用[J].中医外治杂志,2011,20(4):3-5.

[32] 李海玲,惠永锋,宋映娴,等.穴位埋线治疗肛肠病术后疼痛[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(4):404-406.

[33] 拓庆丰,孟占伟.针灸辅助治疗对肛肠手术患者排尿相关指标的影响[J].贵州医药,2022,46(10):1627-1628.

[34] 董青军,孙彦辉,郭修田,等.温和灸促进肛瘘术后创面组织修复的实验研究[J].时珍国医国药,2011,22(7):1764-1766.

[35] 关威,李师,张晓明.穴位灸结合创面灸法对低位肛瘘术后愈合疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(5):107-110.

[36] 吴云翔,唐勇,陈光华,等.生肌创愈膏联合微波照射在促进肛瘘术后创面愈合中的应用效果[J].中国当代医药,2018,25(27):48-50.

[37] 胡梅生,刘成,龚达祯.行挂线疗法的低位单纯性肛瘘术后应用红光联合红油膏换药的疗效分析[J].江西医药,2020,55(12):1815-1816,1819.

[38] 刘娟,彭洪,舒子龙,等.肛瘘术后应用中药烫熨与耳穴压豆的疗效对比观察[J].四川中医,2021,39(10):205-208.

[39] 谢莉萍.穴位贴敷辅助治疗肛瘘患者术后尿潴留效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13(4):68-70.