巴渝肛肠流派诊治实证肛周脓肿术后创面感染的临床经验*

惠小苏¹ 徐月^{1△} 张搏^{1△} 何军² 郑刚¹ 张楨¹ 陈莹璐¹

(1.重庆市中医院,重庆 400021;2.重庆市云阳县中医院,重庆 404500)

中图分类号:R266 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2024)05-0910-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.05.040

【摘要】 巴渝肛肠作为中医药特色传承流派之一,认为实证肛周脓肿患者术后感染、疼痛、尿潴留、水肿等相关急性并发症发生率高、风险大,影响恢复。其中术后创面感染较为常见,其主要病机为湿热毒邪内蕴,而手术创伤又致局部气滞血瘀,术后湿、热、毒、瘀蕴结,当以清热祛湿、解毒化瘀为治法。巴渝肛肠流派采取中医为主、西医为辅的综合疗法治疗实证肛周脓肿术后创面感染,能促进患者术后恢复,临床治疗效果颇佳。

【关键词】 肛周脓肿 术后创面感染 巴渝肛肠流派 临床经验

巴渝肛肠流派至今已逾百年,其传承脉络清晰,流传影响深远。巴渝肛肠流派可追溯至明清时期活跃在巴渝、川东地区的“痔漏医”“疡医”及方脉医家等。民国时期,川东痔漏名医刘崇恩即为代表。原重庆市中医研究所(现重庆市中医院)吸纳了数位确有专长、疗效显著的民间外科医生,如李雨农(李开泰)、周济民、张荣辉、蒋厚甫等从事专职肛肠病诊疗,巴渝肛肠流派由此从民间转为经正规医疗机构传承发扬。目前,以重庆市中医院为传承核心,巴渝肛肠流派通过师带徒、培训班、进修学习、学历教育等多种形式不断发展,逐步形成了我院传承6代、在全重庆广泛铺开的局面。巴渝肛肠采用枯切疗法、挂线疗法、收固注射等自身特色技术,并不断优化,逐渐提高了重庆地区肛肠专科知名度,其影响力辐射至川渝周边及全国其他地区^[1]。

1 巴渝肛肠流派学术特点及优势

巴渝肛肠流派中医优势特色突出,学术思想注重内外相兼、中西结合,注重温阳、除瘀化湿,以其丰富的外治法、全面的验方制剂和整体-局部辨证相结合为突出诊治特点。其中枯痔和挂线技术是巴渝肛肠流派“内外同治、中西并重”学术思想的有力证明。

传统痔瘘治法如枯痔散、药线、外丹等,在历代前辈经中西医结合、催化发展,目前已发展为枯痔疗法,挂线疗法、收固注射疗法^[2]。枯痔散无砒化催生“新6号液”

“消痔灵注射液”。《本草纲目》载砒沙“破结血、止痛,去恶肉生好肌、下恶疮息肉之功”,石灰“蚀恶肉、生肌长肉,止血,治白癩癩疵痔痿瘰疬子”;《本草述钩元》砒砂“大热有毒,但用黄胆石灰作柜,锻赤使用并无毒”。在此理论基础上,由此衍生出一系列中医优势疗法,如四面二次注射法、固脱法等。四面二次注射用于治疗直肠黏膜脱垂、内脱垂,目前广泛用于临床,其疗效好、安全,可作为适宜技术推广。枯脱疗法则用于脱肛(直肠脱垂)。手术方面,改进挂线工艺,以橡皮筋紧线替代传统药线,同时改进手术切口,以“小桃”形切口保护肛管,避免狭窄。

巴渝肛肠流派中医非药物疗法应用广泛,常用的非药物疗法包括垫绵法、切开法、引流法、挂线法、导引法、针刺法、灸法、揉按法等。中药特色制剂亦应用广泛,常用的中医特色制剂包括槐核合剂、仙早合剂、九华膏、肿意膏、活血膏、紫草油、铁板丹、济生乌梅片等20余种。同时开展多种外用疗法,如熏洗法、掺药法、涂药法、坐浴法、灌肠法、敷贴法、冲洗法、透药法、药捻法、隔物灸、耳穴压豆、保留灌肠、直肠滴入等。经过几代发展,巴渝肛肠流派不仅在专科病中西医结合诊疗方案不断优化以提高临床疗效,同时也提高了疑难危重病种综合诊治能力。

2 巴渝肛肠流派诊治实证肛周脓肿术后创面感染的临床经验

肛周脓肿又称为肛管直肠周围脓肿,主要因为肛管直肠周围软组织发生急性化脓性细菌感染所致,具体部位主要包括直肠周围、肛周以及肛管^[3-5],感染细菌主要为多种致病菌混合感染^[6]。肛周脓肿是肛肠科常见疾病之一,保守治疗只能暂时缓解症状,难以治愈,目前

* 基金项目:重庆市科卫联合中医药技术创新与应用发展项目(2021ZY023718, 2020ZY023534);重庆市科研机构绩效激励引导专项(jxyn2021-1-9);重庆英才创新创业领军人才(CQYC202103093);重庆市中医院第二批青年拔尖人才(CQSZY2021018)

△通信作者

主要采取手术疗法^[7]。肛周脓肿手术多采取开放性切口,存在术后创面感染、疼痛、创口渗液较多、创面水肿、愈合周期长等问题,影响患者康复^[8]。在众多并发症中,术后创面感染尤为常见。因此,术后如何有效防治创面感染,减轻疼痛、减少渗液、减轻水肿、加速创面愈合,成为治疗肛周脓肿术后的关键问题。目前我科治疗肛周脓肿术后创面感染的方式主要有中药内服、中药熏洗坐浴、中药外敷、物理疗法、湿性敷料外敷等^[9]。为了能快速有效缓解术后创面感染,减轻疼痛、水肿等症状,临床上往往采取中西医综合治疗方式以提高临床疗效。

2.1 巴渝肛肠流派对肛周脓肿术后创面感染病因病机的认识 肛周脓肿,中医又称之为“肛痈”“悬痈”“坐马痈”“跨马痈”“脏毒”“锐疽”等^[10],其病因病机一为感受外邪,入里化热,壅滞气血,腐肉成脓。如《灵枢经·痈疽》云“寒气客于经脉之中则血泣,血泣则不通,不通则卫气归之,不得复反,故痈肿。寒气化为热,热胜则肉腐、肉腐则为脓”。又如《河间医学六书》云“风热不散,谷气流溢,传于下部,故令肛门肿痛,结如梅李核,甚者乃变而为痿也”。二为饮食醇酒厚味,损伤脾胃,酿生湿热,湿热蕴结肛门,如《素问·至直要大论》云“膏粱之变,足生大丁”,《外科正宗》云“夫脏毒者,醇酒厚味,勤劳辛苦,蕴毒流注肛门结成肿块”,《丹溪心法》云“坐卧湿地,醉饱房劳,生冷停寒,酒面积热,以致荣血失道,渗入大肠,此肠风脏毒之所由作也”。三为三阴亏损,湿热结聚肛门,如《薛氏医案》云“悬痈……属足三阴亏损之症”,《疡科心得集·辨悬痈论》云“患此者俱是极虚之人,由三阴亏损湿热积聚而发”。四为负重奔走,劳碌不停,妇人生产用力,气陷阻滞,湿热瘀毒下注,如《外症医案汇编·肛痈》云“负重奔走,劳碌不停,妇人生产用力,以上皆能气陷阻滞,湿热瘀毒下注”。五为虚劳久嗽、痰火结聚肛门,如《外科正宗·脏毒论》云“又有虚劳久嗽、痰火结聚肛门如粟者,破必成漏”。总之,肛周脓肿外部因素主要为嗜食辛辣肥厚或嗜酒,或感受外邪,内部因素主要因为体虚或脏腑内伤。实证肛周脓肿发病主要为局部邪气阻滞、经络不通,气血运行不畅,湿热内生,下注肛门,积热成毒,湿热毒邪蕴结,致热盛肉腐化而为脓。

肛痈手术切开使脓毒外泄,但湿热毒邪未净,而手术又离断损伤局部筋肉使血溢脉外、血瘀气滞,致湿热毒瘀蕴结,创面渗出、疼痛难愈,故肛周脓肿术后应以清热利湿、活血解毒、通络止痛为主。疡医必重创面,应以保持清洁环境、预防持续感染和促进创面愈合为首要目标,特别是肛周脓肿这种较为深、大的创面,预防感染就显得尤为重要了。

2.2 巴渝肛肠流派对肛周脓肿术后创面感染的辨证分型及中医施治 巴渝肛肠流派将肛周脓肿辨证分为3种证型,分别为火毒蕴结证、热毒炽盛证、阴虚毒恋证。

其中火毒蕴结证、热毒炽盛证为实证,阴虚毒恋证为虚证。实证肛周脓肿术后创面感染主要证候特点为创面肿胀疼痛,持续加重,分泌物量多色黄脓稠,伴恶臭,或伴发热恶寒,口干口苦,痛而难寐,小便黄,大便干结,舌红苔黄,脉弦滑等。治法方面,热毒炽盛证主以清热解毒为法,火毒蕴结证主以清热解毒透脓为法。实证肛周脓肿宜行手术治疗,术后创面感染考虑湿热毒邪未退,而手术又使局部血瘀阻滞,故致肛周局部湿、热、毒、瘀、蕴结,治疗以清热利湿,解毒化瘀为法。巴渝肛肠流派治疗实证肛周脓肿术后创面感染等相关急性并发症,主要使用中医综合疗法以控制感染,缓解症状。相关文献证实^[11],中药方剂熏洗坐浴可有效缓解肛周脓肿术后疼痛、水肿,减轻炎症反应。科室经验擅于银花甘草解毒汤坐浴,仙方活命饮加减口服,结合中医耳穴压丸治疗。

银花甘草解毒汤是巴渝肛肠流派治疗肛周脓肿术后感染渗出的经验方,由山银花20g,连翘20g,野菊花15g,白鲜皮15g,土茯苓20g,夏枯草30g,桑白皮15g,地肤子20g,牡丹皮15g,黄连6g,紫花地丁20g,龙衣15g,白及10g,生甘草6g组成。方中山银花甘寒,有清热解毒、疏散风热之效,连翘苦寒,有清热解毒、散结消肿之效,两者共为君药,重在清热解毒、消肿散结;牡丹皮清热凉血、活血散瘀,紫花地丁清热解毒、凉血消肿、清热利湿,野菊花清热解毒,夏枯草清热泻火、消肿散结,白鲜皮清热燥湿、疏风解毒,土茯苓解毒、除湿,龙衣生肌敛疮,桑白皮利水消肿,地肤子清热利湿、祛风止痒,白及有收敛止血、消肿生肌的功效,共为臣药;黄连苦寒,取其清热解毒、泻火燥湿,为佐药;生甘草清热解毒,调和诸药,为使药。本方用药以清热利湿、解毒消肿为主,去腐生肌为辅,诸药共奏清热利湿解毒、消肿散瘀生肌之功效。胡彬彬等^[12]通过使用银花甘草解毒汤坐浴治疗实证型肛门病术后患者,发现能缓解患者疼痛、减轻肛缘水肿、促进创面愈合。

仙方活命饮又称为“疮疡之圣药,外科之首方”,适用于阳实证的各类疮疡肿毒,由金银花15g,当归10g,赤芍15g,乳香10g,没药10g,陈皮10g,桔梗15g,防风15g,连翘10g,白芷10g,炙甘草6g,天花粉10g,皂角刺10g组成。方中金银花性味甘寒,最善清热解毒疗疮,称之为“疮疡圣药”,故重用为君药;赤芍、当归、没药、乳香、白芷行气活血通络、消肿止痛,共为臣药;陈皮、桔梗、防风行气通滞散结,天花粉、连翘清热化痰散结,皂角刺通行经络、透脓溃坚,均为佐药;炙甘草清热解毒,调和诸药,为使药。本方用药以清热解毒、活血散瘀、溃坚为主,佐以行气、散结、透表,体现了外科阳证疮疡内治消法的药物配伍特点,诸药共奏清热解毒,消肿溃坚,活血止痛之功。相关研究证明^[13-14],仙方活命饮口服治疗肛周脓肿术后创面感染,能有效降低患者炎症水平,同时可缓解疼痛,减轻肛缘水肿及渗

出,加速创面愈合。

《灵枢经》曰“耳者,宗脉之所聚也”,指出耳与经脉有着紧密的联系。耳穴贴压是传统医学的重要组成部分,通过刺激耳穴,达到疏通经络、行气活血、解痉止痛等作用^[15-16]。耳郭含有大量交感神经,通过耳穴贴压刺激能调节交感神经、副交感神经的兴奋性而缓解疼痛^[17-18]。巴渝肛肠流派擅长通过王不留行籽贴压耳郭直肠、肛门、大肠、膀胱、输尿管穴位治疗肛周脓肿术后疼痛患者,能较好发挥镇痛功效,同时减少术后患者急性尿潴留的发生。相关研究表明^[19-20],王不留行籽贴压肛门、直肠、大肠能有效减轻肛肠术后患者的疼痛。王不留行籽贴压肾、输尿管、膀胱、神门等耳穴,通过加压刺激,能疏通经络、运行气血、通调水道,有效减少肛肠疾病术后尿潴留、创面感染的发生^[21-22]。

2.3 巴渝肛肠流派对肛周脓肿术后创面感染的现代医学治疗 “脓成决以刀针”,肛周脓肿一旦确诊,应及时切开排脓,引流要彻底、通畅,并且要积极预防创面感染。巴渝肛肠流派认为治疗肛周脓肿术后患者最重要的西医疗法为抗感染治疗,能有效减少伤口感染概率、促进创面愈合。创面感染分泌物量多稠厚色黄多为金葡菌感染;分泌物淡黄味臭,多为大肠杆菌感染;混有绿色,应考虑是绿脓杆菌感染;脓清稀而呈米泔样,含有干酪样物质,多为结核杆菌感染。肛周脓肿患者的病原菌以革兰阴性杆菌为主,常见为大肠埃希菌及肺炎克雷伯菌,但同时肛周脓肿存在较高的厌氧菌感染率,为防止多重耐药菌的出现或治疗多重耐药菌,需根据药敏结果选择合适的抗菌药物,在药敏结果出来前需要经验性使用抗菌药物,同时不忘应用抗厌氧菌的药物如甲硝唑。巴渝肛肠流派术后常规使用头孢呋辛钠等常规抗菌药物抗感染,3 d内复查血常规及CRP等感染指标,无明显异常则停用抗菌药物。

2.4 巴渝肛肠流派对肛周脓肿术后创面感染的预防 肛周脓肿发病率逐年增高,严重影响患者的正常生活及工作。《疮疡经验全书·脏毒篇》曰“脏毒者,生于大肠尽头肛门是也。其势凶恶,皆喜怒不测,饮食不节,阴阳不调,脏腑不和,或房劳太过,或饮酩酊之酒,或食五辛炙博等味,蓄毒在内,流积为痈”。肛周脓肿发病与情志内伤、饮食不节、阴阳失衡、脏腑受损、房劳过度、过食辛辣、嗜酒等有关,加之术后创面血脉受损、气虚血瘀,局部毒滞、郁而化热,故出现创面红肿疼痛、感染渗出等症状。建议患者术后应该注重饮食的调节,尽量少食肥甘、辛辣、酒醇等湿热重浊之食,调控情绪,保持心情舒畅,劳逸结合,注意防寒保暖以免感受外邪,以预防罹患本病及相关并发症的发生。

3 病案举隅

患某,男性,43岁,2021年7月21日因“右侧肛旁硬结伴肿痛不适3 d”于我院就诊。症见:肛周硬结红肿疼

痛,肛门坠胀不透明,大小便排出不畅,伴发热恶寒,最高体温38.9℃。肛查:(截石位)右侧肛旁距肛缘7 cm红肿隆起,范围大小约5 cm×6 cm,周缘质韧而中央扪及明显波动感,局部肤温较高,触痛明显,指检肛管及直肠下段未扪及明显波动感,未扪及明显条索状物往肛管及直肠方向潜行,肛管内未扪及明显压痛硬结,肛门括约肌张力可,指套未见血液及脓液。肛门镜检查未见明显充血隆起痔核。舌质红,舌苔黄腻,脉弦滑。血常规示:WBC 16.5×10⁹/L,NEUT% 76%。CRP:80 mg/L。中医诊断:肛痈(热毒炽盛证)。西医诊断:肛周脓肿。排除禁忌证后患者于骶管麻醉下行肛周脓肿一次性根治术+脓腔搔刮术。术后给予抗感染、补液、专科换药及中西相关理疗(耳穴压丸、艾灸、热罨包治疗)。

术后第1天,患者诉肛门伤口疼痛较前减轻,无发热恶寒,大便未解,小便不畅,轻微尿频、尿急,色黄,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。血常规:WBC 12.3×10⁹/L,NEUT% 65%。CRP 60 mg/L。肛查:肛缘切口红肿,切口表面覆有较多淡红色黏稠脓性分泌物,切口对合可。患者术后相关症状及炎性指标较前减轻,继续予抗感染、专科换药等治疗。

术后第2天,患者发热,体温波动在37.8~38.6℃,伴恶寒,肛门疼痛明显,VAS评分8分,眠差,纳呆,小便不畅,大便未解。血常规:WBC 17.3×10⁹/L,NEUT% 85%。CRP 80 mg/L。舌质红,苔黄腻,脉弦数。肛查:肛缘切口红肿明显,切口表面覆有较多淡红色黏稠脓性分泌物,量较前增多。考虑该患者术后创面水肿及脓性分泌物较多,疼痛明显,小便不畅,结合血常规及CRP指标,考虑术后创面感染。中医方面,辨证为热毒炽盛证,治疗以清热解毒、利湿消肿、活血止痛为治法。治疗:西医抗感染,中医银花甘草解毒汤坐浴,仙方活命饮加减口服,结合中医耳穴压丸治疗。坐浴方:银花甘草解毒汤(山银花20 g,连翘20 g,野菊花15 g,白鲜皮15 g,土茯苓20 g,夏枯草30 g,桑白皮15 g,地肤子20 g,牡丹皮15 g,黄连6 g,紫花地丁20 g,龙衣15 g,白及10 g,生甘草6 g),每剂中药倒入2 L水浸泡1 h,武火煮沸后转文火煎煮20 min,浓缩为300 mL,平均分装为两袋(150 mL/袋)密封并冷藏,坐浴前取1袋倒入装有温水的塑料盆中,水量共3 000 mL、水温控制在40℃左右,采取类似坐马桶方式将伤口浸泡其中,浸泡时间为15 min,早晚各1次。口服方:仙方活命饮加减(金银花15 g,当归10 g,赤芍15 g,乳香10 g,没药10 g,陈皮10 g,桔梗15 g,防风15 g,连翘10 g,白芷10 g,炙甘草6 g,天花粉10 g,皂角刺10 g),水煎,日1剂,早中晚饭后温服。耳穴压丸:王不留行籽贴压双侧直肠、肛门、大肠、膀胱、输尿管。患者耳部消毒后,把王不留行籽贴敷在0.6 cm×0.6 cm胶布正中,用小弯钳把贴敷贴在耳穴上,用拇指及食指按压耳穴,由轻到

重,使耳部产生酸、麻、胀、痛的感觉,并教会患者具体按压方法,每穴每次按压1 min,每日3次。

术后第3天,患者神清,饮食及睡眠较前好转,诉肛门口疼痛可忍,疼痛VAS评分6分,低热,体温波动在37.1~38.0℃,小便不畅较前好转,色淡黄,大便自解。舌质淡红,苔黄腻,脉滑数。血常规示:WBC $9.5 \times 10^9/L$, NEUT% 70.5%。CRP 50 mg/L。肛查:肛缘切口红肿较前减轻,淡黄色黏稠脓性分泌物较前明显减少。考虑患者仍低热,西医继续予抗感染治疗;饮食较前改善,可减少相关静脉补液,中医药治疗维持原方案。

术后第4天,患者神清,精神可,无发热恶寒,诉肛周疼痛较前减轻,疼痛VAS评分3分,纳眠可,小便通畅,色淡黄,大便自解,舌质淡红,苔薄黄腻,脉滑。血常规示:WBC $8.6 \times 10^9/L$, NEUT% 55.7%。CRP 10 mg/L。肛查:肛缘切口轻微红肿,脓腔较前缩小,基底部肉芽组织新鲜,色红,创面可见少许淡黄色脓性分泌物。治疗上,西医治疗停抗感染及静脉补液,考虑患者湿热毒邪已解大半,中医效不更方,继续银花甘草解毒汤坐浴及耳穴贴压。因创面仍存在脓性分泌物,需增加排脓之效,故内服中药在原基础上增加败酱草15 g,鱼腥草15 g以增强清热解毒、祛瘀排脓之效。嘱患者注重饮食,尽量少食肥甘厚腻、辛辣、酒醇等湿热之食,保持心情舒畅,适当运动锻炼。

4 结 语

巴渝肛肠流派认为实证肛周脓肿术后创面感染较为常见,感染会导致术后疼痛、创口渗液较多、创面水肿、愈合周期长等,对患者术后恢复产生较大影响。实证肛周脓肿宜行切开手术,痍医必重创面,应以保持清洁环境、预防持续感染和促进创面愈合为首要目标。中医认为术后创面感染多为湿、热、毒、瘀相互蕴结,治疗以清热利湿、活血解毒、通络止痛为主。西医以抗感染治疗为主。我院在治疗实证肛周脓肿术后创面感染方面积累丰富经验,尤其在中医药方面更具特色优势。中医的综合疗法可起到协同增效的作用,主要采用银花甘草解毒汤坐浴、仙方活命饮加减口服及王不留行籽贴压耳穴。中西医结合能提高肛周脓肿术后创面感染的治疗效果,缓解疼痛,减少渗液,减轻水肿,促进创面愈合,使患者尽快恢复正常的工作和生活。

参 考 文 献

[1] 李开泰,蒋厚甫,张荣辉,等.用“枯痔散”治疗内痔的初步经验[J].中华医学杂志,1955,41(5):421-424.
[2] 李开泰,张荣辉,张思敏,等.重庆市第一医院改进“枯痔疗法”的经验介绍[J].中华外科杂志,1956,4(12):933-938.
[3] MASTRAGOSTINO P, LEE AD, BATTAGLIA PJ. Perianal abscess mimicking levator ani syndrome: a case report and approach to the differential diagnosis of anorectal pain[J]. J

Can Chiropr Assoc, 2017, 61(2):145-152.

- [4] GHAHRAMANI L, MINAIE MR, ARASTEH P, et al. Antibiotic therapy for prevention of fistula in-ano after incision and drainage of simple perianal abscess: A randomized single blind clinical trial[J]. Surgery, 2017, 162(5):1017-1025.
[5] QIN XJ, DING BW, LI YY. Herbal multicomponent extracts enhance wound healing after incision of perianal abscess and in a rat model of infected wounds[J]. Australas J Dermatol, 2018, 59(1):76-78.
[6] 丁红岩.三联法促进肛周脓肿术后创面愈合的疗效观察[J].吉林医学,2010,31(31):5533-5534.
[7] SEEMANN NM, KING SK, ELKADRI A, et al. The operative management of children with complex perianal Crohn's disease[J]. J Pediatr Surg, 2016, 51(12):1993-1997.
[8] 吉哲,姜艳.清热祛毒方熏洗促进肛周脓肿一次性根治术后创面愈合临床研究[J].中国中医药信息杂志,2019,26(6):28-32.
[9] 黄晓雅,高英杰.加速肛周脓肿术后创面愈合方法的研究进展[J].中国肛肠病杂志,2021,41(9):71-73.
[10] 李经纬.中医名词术语精华词典[M].天津:天津科学技术出版社,1996:395-538.
[11] 柴小琴,冯文哲,石鹏,等.消痈促愈方对高位肛周脓肿术后患者的疗效及炎症因子的影响[J].中国中医急症,2021,30(9):1572-1574, 1582.
[12] 胡彬彬,张楨,徐月.银花甘草解毒汤坐浴防治环状混合痔术后并发症的临床观察[J].四川中医,2020,38(8):168-172.
[13] 黄奚,令狐庆.仙方活命饮对低位肛周脓肿一期根治术后创面促愈作用的临床研究[J].甘肃中医药大学学报,2017,34(3):52-56.
[14] 叶道冰,杜荣云,吴耀宗.仙方活命饮熏洗在肛周脓肿术后的应用效果[J].中国肛肠病杂志,2019,39(3):57-58.
[15] 陈月峰,陈卫衡,李葵,等.耳穴埋豆治疗骨科术后疼痛的疗效观察[J].中医临床研究,2014,6(4):1-3.
[16] 侯立皓,葛伟,顾晓美,等.耳穴贴压治疗颈性眩晕31例临床研究[J].江苏中医药,2016,48(8):55-56.
[17] 王姗姗,梁海松,杨瑞勇,等.电针董氏“三其穴”配合耳穴贴压治疗复杂性肛瘘术后并发症:一项真实世界研究[J].中国针灸,2021,41(7):730-734.
[18] 宋丽菁.中医耳穴贴压镇痛在手外伤术后的应用[J].局解手术学杂志,2009,18(6):399-399.
[19] 杨柳,王军省.耳穴压豆对改善肛肠术后疼痛的治疗进展[J].新疆中医药,2018,36(5):107-110.
[20] 郑易,方骁杰.基于倾向性评分匹配法探讨止痛如神汤联合耳穴埋豆对于热毒炽盛型肛周脓肿术后疼痛的影响[J].浙江中医杂志,2019,54(6):408-409.
[21] 刘国军.穴位敷贴联合耳穴压豆治疗肛肠病术后尿潴留临床研究[J].中医学报,2015,30(9):1377-1378.
[22] 谢晓梅,杨光静,徐月,等.艾灸联合耳穴埋豆治疗肛肠术后尿潴留的效果观察[J].中国中医急症,2017,26(8):1449-1451.

(收稿日期 2023-03-16)