

·专家共识·

肛瘻中西医结合诊疗专家共识

王 茜¹, 谭 畅², 冯月宁¹, 安阿玥¹¹中国中医科学院望京医院(北京 100102)²中国中医科学院中医临床基础医学研究所(北京 100700)

【摘要】 肛瘻是肛肠科常见疾病,常继发于肛门直肠周围脓肿,也可由特异性炎性疾病、恶性肿瘤或外伤感染引起。肛瘻反复感染导致患者肛门肿痛、肛旁破溃流脓,严重影响患者生活质量和心理健康;长期慢性炎症刺激还可能增加癌变风险。肛瘻的治疗分保守治疗和手术治疗,保守治疗仅缓解症状;手术治疗是根治肛瘻的唯一途径,包括肛瘻根治术、肛瘻切除术、挂线法等多种方法,肛瘻保守及术后阶段,中医治疗有独特优势,且中西医结合治疗优于单纯西医治疗。因此迫切需要中西医结合治疗发挥优势互补,建立适合我国肛瘻患者的标准化中西医诊断及规范化治疗方案,具有重要的临床实用价值和指导意义。本共识从临床实际出发,开展肛瘻中西医结合诊治的循证研究,基于现有最新证据,在广泛共识基础上形成肛瘻中西医结合诊疗方案的制订,以保证共识的科学性、实用性、临床可操作性,并规范肛瘻的中西医临床诊断、治疗,为临床医师提供肛瘻中西医标准化处理的策略与方法,促进中医肛肠科及中西医肛肠科临床诊疗和科研水平的提高,以期作为临床实践、诊断规范和质量评价的重要参考依据。

【关键词】 肛瘻;中西医结合;诊疗;专家共识

Expert Consensus on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Anal Fistula

WANG Xi¹, TAN Chang², FENG Yue-ning¹, AN A-yue¹¹Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102²Institute of Clinical Basic Medicine of Traditional Chinese Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700

【Abstract】 Anal fistula is a common coloproctological disease, which is often secondary to perianal and perirectal abscess, and can also be caused by specific inflammatory diseases, malignant tumors or traumatic infections. Recurrent infection of anal fistula leads to anal swelling and pain, perianal ulceration and purulent discharge in patients, which seriously affects their quality of life and mental health. Long-term chronic inflammatory stimulation may also increase the risk of canceration. The treatment of anal fistula is divided into conservative treatment and surgical treatment. Conservative treatment only relieves symptoms, while surgical treatment is the only radical cure for anal fistula, including radical anal fistulectomy, anal fistula resection, thread-drawing therapy and other methods. In the conservative and postoperative stages of anal fistula, traditional Chinese medicine (TCM) treatment has unique advantages, and integrated TCM and Western medicine treatment is superior to Western medicine treatment alone. Therefore, it is urgent to give play to the complementary advantages of integrated TCM and Western medicine treatment and establish a standardized integrated TCM and Western medicine diagnosis and standardized treatment plan suitable for anal fistula patients in China, which has important clinical practical value and guiding significance. Based on clinical practice, this consensus carries out evidence-based research on integrated TCM and Western medicine diagnosis and treatment of anal fistula. On the basis of the latest existing evidence and extensive consensus, it formulates the integrated TCM and Western medicine diagnosis and treatment plan for anal fistula, so as to ensure the scientificity, practicability and clinical operability of the consensus, standardize the clinical diagnosis and treatment of anal fistula with integrated TCM and Western medicine, provide strategies and methods for standardized management of anal fistula with integrated TCM and Western medicine for clinicians, promote the improvement of clinical diagnosis, treatment and

【第一作者简介】 王茜,女,河南平顶山人,主任医师,研究方向:肛肠病中西医诊疗。E-mail:wangxistar@126.com

【通讯作者简介】 冯月宁,男,北京人,主任医师,研究方向:肛肠病中西医结合诊疗。E-mail:fyn20051103@sina.com

scientific research level of TCM coloproctology department and integrated TCM and Western medicine coloproctology department, and expect to serve as an important reference for clinical practice, diagnostic criteria and quality evaluation.

【Key Words】 Anal fistula; Integrated traditional Chinese and Western medicine; Diagnosis and treatment; Expert consensus

前言

本共识按照GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》的规定起草^[1]。

本共识由中国中医科学院望京医院提出。

本共识由中国民族卫生协会标准化工作委员会、黑龙江省中西医结合学会大肠肛门病分会归口。

本共识主要起草单位:中国中医科学院望京医院、哈尔滨市中医院。

本共识参加单位(按拼音排序):北京协和医院、北京大学人民医院、北京市肛肠医院、北京医院、北京中医药大学第三附属医院、川北医学院附属医院、东营市第二医院、福建省人民医院、广西国际壮医医院、广州中医药大学第一附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、哈尔滨市中医院、海南省中医院、河北省中医院、河南中医药大学第三附属医院、衡水市中医院、辽宁中医药大学第三附属医院、南方医科大学南方医院、南京市中医院、宁波大学附属医院、宁夏固原市中医院、青岛市第八人民医院、三明市第二医院、上海中医药大学附属岳阳医院、双鸭山市人民医院、四川成都肛肠医院、文昌市中医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院望京医院。

本共识主要起草人:安阿玥(中国中医科学院望京医院)、冯月宁(中国中医科学院望京医院)、陈刚(哈尔滨市中医院)。

本共识执笔人:王茜、谭畅。

本共识专家组(按姓氏拼音排序):

安琦(北京医院)、鲍明(南方医科大学南方医院)、贝绍生(中国中医科学院西苑医院)、曹波(贵州中医药大学第一附属医院)、陈刚(哈尔滨市中医院)、崔良民(东营市第二医院)、邓松华(广西国际壮医医院)、樊志敏(南京市中医院)、冯大勇(中国中医科学院望京医院)、冯德魁(海南省中医院)、冯月宁(中国中医科学院望京医院)、富羽翔(哈尔滨市中医院)、高记华(河北省中医院)、郭玉奇(宁夏固原市中医院)、何敦新(文昌市中医院)、侯绪春(佳木斯市肛肠医院)、蓝海波(成都肛肠专科医院)、李京向(北京中医药大学第三附属医院)、李胜龙(南方医科大学南方医院)、李志(贵州中医药大学第一附属医院)、刘佃温(河南中医药大学第三附属医院)、刘海英(双鸭山市人民医院)、刘连成(北京市肛肠医院)、

曲牟文(中国中医科学院广安门医院)、戎放(宁波大学附属医院)、石荣(福建省人民医院)、史学文(山东中医药大学附属医院)、孙锋(广州中医药大学第一附属医院)、孙怡(黑龙江省中医药科学院)、唐学贵(川北医学院附属医院)、王驰(北京大学人民医院)、王春晖(中国中医科学院望京医院)、王京文(中国中医科学院望京医院)、王菁(福建省人民医院)、王振宜(上海中医药大学附属岳阳医院)、王茜(中国中医科学院望京医院)、吴文宗(三明市第二医院)、肖毅(北京协和医院)、徐徕(北京协和医院)、杨向东(四川成都肛肠医院)、于永铎(辽宁中医药大学第三附属医院)、张红娟(衡水市中医院)、张虹玺(辽宁中医药大学第三附属医院)、章阳(南京市中医院)、赵刚(青岛市第八人民医院)、赵剑峰(包头市蒙医中医医院)、朱海成(牡丹江市肛肠医院)、周扬(齐齐哈尔医学院附属第二医院)。

本共识工作组:王茜、谭畅、冯月宁、王春晖、冯大勇、白志勇。

引言

1 背景信息

肛瘘是肛肠科常见疾病,常继发于肛门直肠周围脓肿的破溃或引流,也可由特异性炎性疾病、恶性肿瘤或外伤感染引起。其发病率受多种因素影响,包括地区、生活环境、人种、饮食习惯和年龄等^[2]。青壮年及男性患者发病率相对较高。肛瘘反复感染、炎症刺激^[3],导致患者反复肛门肿痛、肛旁破溃流脓,严重影响患者生活质量和心理健康。长期慢性炎症刺激还可能增加癌变风险。肛瘘急性感染,感染处细菌入血,可能出现败血症,危及生命。

目前,肛瘘的治疗分保守治疗和手术治疗,保守治疗仅缓解症状;手术治疗是根治肛瘘的唯一途径,包括肛瘘根治术、肛瘘切除术、挂线法等多种方法^[4],肛瘘保守及术后阶段,中医治疗有独特优势,且中西医结合治疗优于单纯西医治疗^[5]。因此迫切需要中西医结合治疗发挥优势互补,建立适合我国肛瘘患者的标准化中西医诊断及规范化治疗方案,具有重要的临床实用价值和指导意义。

本共识从临床实际出发,开展肛瘘中西医结合诊治的循证研究,基于现有最新证据,在广泛共识基础上形成肛瘘中西医结合诊疗方案的制订,以保证指南的科学性、实用性、临床可操作性,并规范肛瘘

的中西医临床诊断、治疗,为临床医师提供肛瘘中西医标准化处理的策略与方法,促进中医肛肠科及中西医肛肠科临床诊疗和科研水平的提高,以期作为临床实践、诊断规范和评价的重要参考依据。

在应用本共识时须充分考虑临床实际情况进行处理。

本共识随着新的临床问题的出现及循证证据的更新而予以修订。

2 资金资助及利益冲突情况

本共识受北京市十四五重点专科建设项目及中国中医科学院科技创新工程项目资助。

资助本文件项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”,且已存档。本文件制定过程中“无利益冲突”,为此不会成为本文件制定的偏倚来源,无需进一步处理,已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果,即所有参与本文件制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

肛瘘中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本共识规定了肛瘘的诊断、分类、临床表现、辨证分型、治疗、预防与调护、特殊人群(克罗恩病、孕产妇及儿童)治疗等。

本共识适用于各种类型的肛瘘诊断和治疗。供各级医疗机构的肛肠科、胃肠外科、普外科、急诊科、中医外科、小儿外科等相关科室医护人员使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中,注日期的引用文件,仅该日期对应的版本适用于本文件;不注明日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[6]

《肛瘘诊治中国专家共识(2020版)》^[7]

《肛周脓肿、肛瘘和直肠阴道瘘临床诊治指南2022版》^[8]

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则

GB/T 14396-2016 疾病分类与代码

GB/T 16751.1-2023 中医临床诊疗术语 第1部分:疾病

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分:证候

GB/T 16751.3-2023 中医临床诊疗术语 第3部分:治法

GB/T 7411-2015 信息与文献 参考文献著录

3 术语和定义

肛瘘是肛肠科常见疾病,是肛周皮肤与肛管、直

肠之间的慢性、病理性窦道,常因肛门直肠周围脓肿破溃或切开引流后脓腔逐渐缩小而形成,亦称肛门直肠瘘。临床以局部反复流脓、疼痛、瘙痒为主要症状^[9]。

肛瘘在中医上被称为肛漏病,也称为痔漏。并发病包含了中医“肛痈”等^[10]。

4 诊断

4.1 发病机制及病因病机

4.1.1 西医发病机制:肛瘘一般由内口、瘘管和外口3部分组成。内口即感染源的入口,多在齿状线及其附近,后正中线的两侧多见,但也可在直肠下部或肛管的任何部位。瘘管有直有弯,少数有分支^[11]。外口即脓肿溃破处或切开引流的部位,多位于肛门周围皮肤。由于病原菌不断经内口进入管道,加之瘘管迂曲,行走于内、外括约肌附近,故经久不愈^[12]。

4.1.2 中医病因病机:肛痈溃后,余毒未尽,留连肉腠,日久成漏,或因肺脾两虚,气血不足,以及虚劳久咳,肺肾阴虚,湿热乘虚流注肛门,久则穿肠透穴为漏^[13]。

4.2 诊断要点

4.2.1 西医诊断:(ICD-10编码:K60.301)。

参照《肛瘘诊治中国专家共识(2020版)》^[7]

(1)症状:反复发作的肛周肿痛、流脓,急性炎症期可发热。

(2)局部检查:视诊可见外口形态、位置和分泌物。浅部肛瘘肛门周围可触及索状物及其走行。指诊可触及内口、凹陷或结节。

(3)辅助检查:对于瘘管不明显、特别是复杂性肛瘘者,建议采用超声、MRI或瘘管造影、CT等检查,以明确瘘管走向及其与括约肌的关系、有无残余脓腔及内口位置等,有利于指导手术方案的选择。

4.2.2 中医诊断:第一诊断为肛漏病(ICD-11编码:A08.03.06)。中医证候诊断参照由国家中医药管理局颁布的《ZY/T001.7-94中医肛肠科病症诊断疗效标准》^[14]及《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[6]将肛瘘辨为湿热下注型、正虚邪恋型、阴液亏虚型。各证候要素主要临床特征如下:1)湿热下注型。肛周反复流脓,脓质稠厚,肛门胀痛,局部灼热,肛周有溃口,按之有索状物通向肛内。舌红,苔黄;脉弦或滑。2)正虚邪恋型。肛周反复流脓,质地稀薄,肛门隐隐作痛,外口皮色暗淡,瘘口时溃时愈,可伴有神疲乏力。舌淡,苔薄;脉濡。3)阴液亏虚型。肛周有溃口,颜色淡红,按之有索状物通向肛内,可伴有潮热盗汗,心烦口干。舌红,少苔;脉细数。

4.3 分类

4.3.1 1975年我国衡水会议制定了关于肛瘘的分类方法,是临床上常用的分类方法:

(1)低位单纯性肛瘘:只有一个瘘道,且瘘道通

过肛门外括约肌深部以下,内口在肛窦附近。

(2)低位复杂性肛瘘:瘘道和外口有两个以上,瘘道在肛门外括约肌深部以下,内口一个或几个在肛窦部位(包括多发性瘘)。

(3)高位单纯性肛瘘:仅有一条瘘道,瘘道穿过肛门外括约肌深部以上,内口只有一个,多位于肛窦部位。

(4)高位复杂性肛瘘:有两个以上外口,瘘道有分支,其主道通过肛门外括约肌深部以上,有一个或两个以上内口。

4.3.2 Parks肛瘘分类法——按照瘘管走行与肛门外括约肌的关系进行分类:

(1) I型:括约肌间瘘(inter-sphincteric fistula),主瘘管由内口穿过内括约肌,再经过内外括约肌间平面到肛周皮肤,部分支管可沿括约肌间平面延伸。

(2) II型:经括约肌瘘(trans-sphincteric fistula),主瘘管由内口穿过内括约肌和外括约肌,经坐骨直肠窝到达皮肤,瘘管高低决定其累及括约肌的程度。

(3) III型:括约肌上瘘(supra-sphincteric fistula),主瘘管经内口穿过内括约肌,再经括约肌间平面向上越过耻骨直肠肌,然后向下经坐骨直肠窝到皮肤。

(4) IV型:括约肌外瘘(extra-sphincteric fistula),内口位于肛提肌平面的上方,瘘管穿过肠壁及外括约肌深部,然后经坐骨直肠窝到达皮肤。

5 治疗

5.1 临床问题1:肛瘘的治疗是否可加用中药内服干预?

5.1.1 推荐意见1:据中医证型选方:(证据等级:A级证据,推荐等级:强推荐)

(1)证型:湿热下注型

治法:清热利湿

主方:二妙丸合草薢渗湿汤《疡科心得集》加减,黄柏、苍术、银花、蒲公英、紫花地丁、草薢、茯苓、炒栀子、车前子(包)、白术、茵陈。

(2)证型:正虚邪恋型

治法:扶正祛邪法

主方:托里消毒散《医宗金鉴》加减,生黄芪、当归、穿山甲、皂角刺、川芎、炒白术、茯苓、白芍、熟地、甘草。

(3)证型:阴液亏虚型

治法:养阴托毒法

主方:青蒿鳖甲汤《温病条辨》加减,青蒿、鳖甲、知母、生地、丹皮,增液汤。

5.1.2 推荐意见2:消法、托法、补法。

(1)消法:托里消毒饮^[15](黄芪、银花、连翘、白术等)可促进血液循环,改善创口局部微循环,促进肛瘘术后开放性创口的愈合(证据等级:D级证据,推荐等级:强推荐);止痛如神汤^[16](秦艽、防风、桃仁、

黄柏等)可减轻术后疼痛,促进创面愈合(证据等级:B级证据,推荐等级:强推荐);五味消毒饮^[17](金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵子)通过清热解毒、排脓祛腐、止痛生肌,达到调节气血以促进创面愈合(证据等级:D级证据,推荐等级:强推荐)。

(2)补法:四君子汤^[18](党参、白术、茯苓、甘草)具有健脾生肌的作用,通过健脾益气,促进术后创口的愈合和生肌;十全大补汤^[19]具有气血双补,助阳固卫,促进创面愈合。体现了肛瘘术后“早期补托生肌不致成癥”的学术观点,对肛瘘术后创面组织修复有一定的促进作用。

(3)托法:愈创汤^[20](黄芪、怀山药、炒白术、丹参等)通过益气生肌药物与和营托毒药物的合理配伍,起到健脾、和营、托毒的功效(证据等级:B级证据,推荐等级:强推荐)。

5.2 临床问题2:肛瘘的治疗是否可以加中药坐浴干预?

5.2.1 推荐意见1:对于肛瘘急性发作期及术后,采用中药熏浴法进行治疗,予以将药物水煎或用开水浸冲后,利用蒸汽熏蒸,或将患处坐浴。熏蒸温度控制在60~70℃,坐浴温度40℃左右,每日2次,熏蒸5 min,坐浴5~10 min。

推荐药物:金玄痔科熏洗散、复方荆芥熏洗剂、复方黄柏液、苦参汤、促愈熏洗方、乳没外洗方、康复新液、安氏肛肠熏洗剂。

(1)金玄痔科熏洗散(证据等级:中等质量,推荐意见:强推荐/1B)

证据描述:1篇随机对照试验^[21]对金玄痔科熏洗散熏洗治疗肛瘘患者的临床疗效、创面愈合率、肛门功能评分、上皮生长时间、腐肉脱落时间及创面愈合时间,创面渗液评分及疼痛评分进行了报告。研究组给予金玄痔科熏洗散熏洗治疗,对照组给予高锰酸钾溶液熏洗治疗,研究组和对照组各52例,疗程14 d,有效率用药前后(49/52)94.23%,对照组用药前后(41/52)78.85%,2组比较差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗14 d后研究组创面愈合率高于对照组,研究组肛门功能评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后研究组上皮生长、腐肉脱落及创面愈合时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗前2组创面渗液评分及VRS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗14 d后2组创面渗液评分及VRS评分均低于本组治疗前,且研究组低于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明:金玄痔科熏洗散熏洗治疗肛瘘患者可以提高总有效率、促进创面愈合、提高肛门功能、降低创面愈合时间。

(2)复方荆芥熏洗剂(证据等级:C级证据,推荐等级:强推荐)

证据描述:复方荆芥熏洗剂是中药外用熏洗常用药物之一,具有祛风燥湿、温经散寒、消肿止痛的作用,可应用于肛周脓肿、肛瘘急性发作等肛肠疾病的治疗。临床研究表明,推荐肛周脓肿、肛瘘术后使用复方荆芥熏洗剂较常规治疗及高锰酸钾坐浴,可提高治疗有效率,减轻伤口疼痛及水肿,减少创面出血,促进伤口愈合,降低并发症^[22,23]。

(3)复方黄柏液(证据等级:B级证据,推荐等级:强推荐)

证据描述:1项随机对照试验^[24]对复方黄柏液坐浴治疗肛门疾病术后并发症患者对疼痛程度、瘙痒程度、出血状况和水肿情况进行了报告。结果显示,有效率分别为98.00%,89.00%,85.00%和94.00%;以高锰酸钾溶液坐浴患者作为对照组,术后疼痛、瘙痒、出血和水肿的有效率分别为58.00%,46.00%,60.00%和74.00%,2组有显著性差异($P<0.01$),治疗组创口愈合的时间明显短于对照组($P<0.01$)。结果表明,复方黄柏液具有清热解毒、消肿止痛、止血生肌之功效,适用于肛门病术后的疼痛、瘙痒、出血、水肿等症,能加快创口的愈合。

(4)加味苦参汤(证据等级:A级证据,推荐等级:强推荐)

加味苦参汤是以清·高秉钧《疡科心得集》中苦参汤为基础,在中医辨证施治理论上发展而来的处方,有散瘀止痛、消肿生肌、清热利湿功效。

证据描述:1篇随机对照试验^[25]对加味苦参汤治疗肛瘘患者创面愈合情况及创面疼痛情况进行了报告,研究组和对照组各34例,研究组使用加味苦参汤坐浴熏洗联合红外线照射,对照组使用高锰酸钾液熏洗坐浴联合红外线照射,比较2组创面愈合情况及创面疼痛情况。结果显示,研究组术后3d、7d创面疼痛评分均显著低于对照组,术后3d、7d创面渗液评分显著低于对照组,术后3d、7d、12d、18d肉芽形态评分均显著低于对照组,术后7d、12d、18d创面愈合率均显著高于对照组(P 均 <0.05);研究组创面愈合时间显著短于对照组($P<0.05$);2组创面愈合总有效率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:在肛瘘术后应用加味苦参汤坐浴熏洗能有效改善局部血液循环,减轻创面疼痛,促进肉芽组织生长,加快创面愈合。

(5)促愈熏洗方(证据等级:B级证据,推荐等级:强推荐)

证据描述:1项随机对照试验^[26]对肛瘘术后患者的疗效、创面愈合率,记录创面疼痛、创缘水肿、创面分泌物情况进行了报告,并检测2组创面肉芽组织中CD86、CD206、1L-1B表达及血清干扰素-V(FN-V)、诱导型一氧化氮合酶(INOS)、转化生长因子-B(TGF-B)水平。对照组47例,观察组46例,对照组

接受痔疾洗液坐浴熏洗治疗,观察组接受促愈熏洗方坐浴熏洗治疗。结果显示,2组疗效等级比较差异有统计学意义($P<0.05$);术后14、21、28d观察组创面愈合率高于对照组($P<0.05$);与术后1d比较,2组术后3、7、14d的创面疼痛评分、创缘水肿评分、创面分泌物评分显著下降,观察组低于对照组($P<0.05$);观察组肉芽组织中CD86、1-18表达较对照组显著减弱,肉芽组织中CD206表达显著增强;术后14d,2组FN-Y、iNOS水平显著下降、TGF-B水平均上升,观察组术后14d IFN-V、iNOS水平显著低于对照组,TGF-B水平高于对照组($P<0.05$)。说明促愈熏洗方用于肛瘘术后创面可提高疗效,改善创面局部免疫状态,抑制炎症反应,更利于创面愈合。

(6)乳没外洗方(证据等级:D级证据,推荐等级:强推荐)

证据描述:1篇随机对照试验^[27]对低位复杂性肛瘘术后患者的创面疼痛情况及渗液积分进行了报告,乳没外洗方组30例,高锰酸钾组30例,痔疾洗液组30例。术后每天便后换药前熏洗1次。观察记录患者术后1、3、5、7、10d的创面疼痛及渗液积分,创面愈合天数,便血天数,脓腐脱落天数及肛门坠胀感天数等几项指标。结果显示,治疗术后疼痛、脓腐脱落和创面愈合方面,乳没外洗方组优于高锰酸钾组($P=0.01$)与痔疾洗液组($P<0.05$);治疗术后创面渗液、术后出血方面、术后肛门坠胀,乳没外洗方组及痔疾洗液组的疗效优于高锰酸钾组($P<0.01$),而与痔疾洗液组疗效相当($P<0.05$)。说明乳没外洗方具有促进肛瘘术后创面愈合,减轻术后不适症状等方面的优势。

(7)康复新液(证据等级:B级证据,推荐等级:强推荐)

证据描述:康复新液作为美洲大蠊的提取物,富含的有效成分能改善创面周围血液循环状态,使局部组织血供增加,因此加快肉芽组织的生长速度^[28]。1项随机对照试验^[29]运用康复新液联合凡士林治疗肛瘘患者治疗后新生上皮出现时间、创面愈合时间,研究组和对照组分别38例,研究组予以康复新液联合凡士林纱条治疗,对照组予以常规凡士林纱条,疗程1个月。结果显示,结果研究组患者治疗后新生上皮出现时间、创面愈合时间明显短于对照组,研究组创面面积缩小率明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。康复新液联合凡士林纱条治疗低位肛瘘术后患者取得良好疗效,加速患者创面愈合,帮助患者尽快恢复肛门功能。

(8)安氏肛肠熏洗剂(证据等级:C级证据,推荐等级:强推荐)

证据描述:1项研究^[30]对安氏肛肠熏洗剂坐浴在

肛瘘手术中的增效作用及术后康复进程进行观察。结果显示,在术后第7天,使用中药熏洗剂的患者(中药组)术后伤口面积显著愈合,平均伤口面积为(4.4±1.2) cm,且疼痛积分(0.5±0.2)分也较低。相比之下,对照组患者的伤口面积和疼痛积分均明显高于中药组,2组比较差异具有统计学意义($P<0.05$);在术后康复进程中,发现中药组的伤口肿胀褪去,伤口无渗液、分泌物,疼痛消失及伤口完全愈合时间分别为(3.1±1.4) d、(3.0±0.5) d、(5.2±0.7) d、(10.6±2.2) d和(14.1±3.2) d,均短于参照组($P<0.05$),研究表明安氏肛肠熏洗剂坐浴对肛瘘手术具有显著的增效作用,能够有效加速术后康复进程,促进疾病的完全治愈。

5.2.2 推荐意见2:治疗肛瘘术后常用中药洗剂药物包括,清肠热中药可用黄柏、黄连、黄芩、白头翁、败酱草、马齿苋、蒲公英等;燥肠湿中药可苍术、黄柏、黄连、黄芩、白术、栀子等;燥脾湿中药可用苍术、白术、薏苡仁、半夏、厚朴、茯苓等。

证据描述:1项用药规律总结研究^[31]对肛瘘术后中药洗剂的用药规律进行了总结,对出现频次在3次及3次以上的进行整理,从中药洗剂组方来看,是根据脏腑辨证,以中药外洗去体内湿热之邪,清肠热可用黄柏、黄连、黄芩、白头翁、败酱草、马齿苋、蒲公英等;燥肠湿可用苍术、黄柏、黄连、黄芩、白术、栀子等;燥脾湿可用苍术、白术、薏苡仁、半夏、厚朴、茯苓等。

5.3 临床问题3:肛瘘的治疗是否可加用中药制剂局部外用?

5.3.1 推荐意见1:外敷法(证据等级:C级,推荐等级:强推荐):推荐药物:肛瘘急性期局部肿痛者可用如意金黄散、黄柏膏、金黄膏。

中药膏剂外用:马应龙麝香痔疮膏、生肌创愈膏、当白生肌膏、龙珠软膏、肛泰软膏、复方角菜酸酯乳膏、肤痔清软膏。

证据描述:外敷膏能有效促进肛周脓肿患者术后创面愈合,从而减轻疼痛。肛瘘术后患者,可以应用马应龙麝香痔疮膏^[32]、生肌创愈膏^[33]、当白生肌膏、龙珠软膏、肛泰软膏^[34]、复方角菜酸酯乳膏^[35]、肤痔清软膏^[36],具有缩短伤口愈合时间的作用。

5.3.2 推荐意见2:栓剂塞药法(证据等级:C级,推荐等级:强推荐):推荐药物:肛泰栓、麝香痔疮栓、普济痔疮栓、马应龙痔疮栓、龙珠软膏、太宁栓。

证据描述:中药栓剂能够通过肛管黏膜吸收,延缓药物在肛门的作用时间。瘘术后肛塞常用的栓剂有马应龙痔疮栓^[37]、普济痔疮栓^[38]、肛泰栓^[39]、麝香痔疮栓^[40]等,具有消肿止痛、软坚散结、清热解毒的作用,辅助治疗可提高治愈率,缩短患者疼痛时间、创面愈合时间,提高预后质量。(证据等级:C级,推荐

等级:强推荐)

5.4 临床问题4:中医药特色治疗能否用于肛瘘治疗?

5.4.1 推荐意见1:针刺、埋线、揲针法,以理气止痛、活血散瘀。(证据等级:C级,推荐等级:强推荐)

推荐穴位:二白、八髎(上髎双侧、次髎双侧、中髎双侧、下髎双侧)、天枢、承山、长强、大肠俞等。

证据描述:揲针是一种将皮内针藏于特定腧穴的针刺疗法,作用机制主要是微弱持久地刺激神经末梢感受器、中枢神经,抑制病理兴奋,改善机体反应性,该法区别于普通毫针刺法,具有作用持久、刺激柔和、操作简单且镇痛效果甚佳的优点^[41,42]。推荐二白^[43]、八髎(上髎双侧、次髎双侧、中髎双侧、下髎双侧)^[44]、天枢、承山^[45,46]、长强^[47]、大肠俞^[48]等。

5.4.2 推荐意见2:耳穴压豆、艾灸、按摩法,以调理排便及止痛。(证据等级:C级,推荐等级:强推荐)

推荐穴位:耳穴压豆(心、脾、肛门、直肠、交感、皮质下、神门);穴位艾灸按摩(天枢、中脘、气海、关元、足三里)。

证据描述:耳穴压豆法是一种外治疗法,通过用王不留行籽粘贴相应耳穴处,然后进行适度的揉、按、捏、压去刺激这些反应点和穴位,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应,从而达到预防和治疗疾病的作用^[49]。艾灸作为中医特色疗法之一,将艾条或艾叶与中药结合起来,具有刺激体表穴位、温补阳气、调节脏腑功能的作用,能治疗术后尿潴留、术后疼痛等并发症^[50]。针刺按摩、耳穴压豆、腹部艾灸按摩等穴位辅助排便,以防排便过程中便秘对肛瘘病灶造成较大对压力和刺激,以及加重患者疼痛感和病灶感染^[51]。1项系统评价与Meta分析^[52]结果显示,耳穴压豆选择心、脾、肛门、直肠、交感、皮质下、神门等穴位及反应区能够有效减轻肛肠病患者术后疼痛,且不良反应发生率低。1项随机对照试验^[53]显示,对于肛瘘术后患者运用中药熏洗配合艾灸可缓解高位复杂性肛瘘患者术后疼痛,减少创面渗液量,降低炎症因子水平,提高创面肉芽组织生长质量,缩短创面愈合时间。

5.5 临床问题5:肛瘘治疗有哪些有效的西药?

推荐意见:肛瘘急性炎症期或局部肿痛明显时可适当内服或局部外用抗生素,起到减轻症状、控制感染、防止病情进一步发展的作用,应根据不同菌株选用敏感性抗生素。(证据等级:C,推荐等级:推荐)

5.6 临床问题6:中西医结合是否可以提高肛瘘术后患者的疗效(降低伤口疼痛程度、减少伤口疼痛持续时间、改善患者的生活质量、缩短伤口愈合时间、提高肛门功能、减少分泌物、降低复发率和并发症的发生率)?

5.6.1 推荐意见1:中药洗剂可以提高肛瘘术后患

者的疗效,缩短肛瘘术后创面恢复愈合时间、缩短肛瘘术后疼痛时间,提高肛瘘术后的治愈率。(证据等级:B级,推荐等级:推荐)

证据描述:1项随机对照试验^[30]对中药洗剂治疗肛瘘术后创面的有效率、创面治愈、缩短肛瘘术后愈合时间、渗出或分泌物消失时间,试验组为中药洗剂(中药自拟方、经典方或中成药)与对照组(高锰酸钾组、开水/盐水组、空白对照组),报道总有效率的的文章有23篇,中药洗剂组有1115例,对照组有1105例, $P=0.90, I^2=0\%$,各研究之间异质性不明显,故使用固定效应模型来进行数据分析。与对照组相比,中药洗剂组能明显提高肛瘘术后创面治愈的有效率($OR=5.44, 95\%CI:4.00\sim7.39, P<0.00001$),2组差异有明显的统计学意义。报道术后愈合时间的文章有17篇,中药洗剂组有825例,对照组有815例, $P<0.00001, I^2=97\%$,各研究之间异质性不明显,使用固定效应模型来进行数据分析。与对照组相比,中药洗剂试验组能明显缩短肛瘘术后愈合时间($MD=-5.46, 95\%CI:-5.73\sim-5.18, P<0.00001$),2组差异有统计学意义。报道渗出或分泌物消失时间的文章有6篇,中药洗剂组有318例,对照组有317例, $P<0.00001, I^2=95\%$,各研究之间异质性不明显,使用固定效应模型来进行数据分析。与对照组相比,中药洗剂试验组能明显缩短肛瘘术后愈合时间($MD=-2.56, 95\%CI:-2.88\sim-2.23, P<0.00001$),2组差异有统计学意义。报道疼痛视觉评分表的的文章有6篇,中药洗剂组有230例,对照组有231例, $P<0.00001, I^2=99\%$,各研究之间异质性不明显,使用固定效应模型来进行数据分析。与对照组相比,中药洗剂试验组能明显缩短肛瘘术后愈合时间($MD=-1.71, 95\%CI:-2.43\sim-0.98, P<0.00001$),2组的差异有统计学意义。

5.6.2 推荐意见2:中药外洗法可以提高复杂性肛瘘患者术后疗效,缩短创面愈合时间、减少疼痛和分泌物,降低复发率和并发症。(证据质量:B级,推荐强度:推荐)

证据概述:共纳入39项研究进行Meta分析^[54],3508名复杂性肛瘘患者,其中试验组予中药外洗法,对照组为西医常规治疗(甲硝唑溶液/高锰酸钾溶液/超声雾化熏洗)。

对于创面愈合时间,纳入33项研究,分析结果 $SMD=-2.18, 95\%CI(-2.66, -1.71), P<0.01, (P$

$<0.01, I^2=95\%)$ 。试验组和对照组疗效比较,差异有统计学意义,表明试验组有效且疗效优于对照组,中药外洗能够缩短患者术后创面愈合时间。采用疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)进行评分,纳入8项研究,记有患者术后1d的VAS评分,采用固定效应模型,分析结果 $SMD=-0.05, 95\%CI(-0.22, -0.12), P<0.01$,异质性较小($P=0.96, I^2=0\%$),试验组和对照组疗效比较,差异有统计学意义,表明试验组有效且疗效优于对照组,中药外洗能够减少患者疼痛感受。采用4分制评价患者术后创面分泌物量,分值低代表分泌物量少,纳入3项研究,采用固定效应模型,分析结果 $SMD=-1.96, 95\%CI(-2.28, -1.65), P<0.01$,异质性较小($P=0.75, I^2=0\%$),试验组和对照组疗效比较,差异有统计学意义,表明试验组有效且疗效优于对照组,中药外洗能够减少患者术后创面分泌物量。并发症发生率,共纳入10项研究,分析结果 $RR=0.17, 95\%CI(0.10, 0.29), P<0.01$,异质性检验 $P=1.00, I^2=0\%$,采用固定效应模型,表明中药外洗能够减少患者术后并发症发生率。复发率,共纳入18项研究,分析结果 $RR=0.18, 95\%CI(0.11, 0.30), P<0.01$,异质性检验 $P=0.98, I^2=0\%$,采用固定效应模型,表明中药外洗能够减少患者术后复发率。

5.6.3 推荐意见3:口服补气类、利湿类和清热类中药可以有效改善肛瘘术后创面疼痛、渗出等,并加速创面生长,缩短创面愈合时间。(证据等级:C级,推荐等级:强烈推荐)

证据描述:1项随机对照试验^[55]将64例肛瘘患者随机分为对照组(康复新液治疗)和观察组(康复新液+草薢渗湿汤治疗),观察术后14d创面疼痛、创面肿胀及创面渗出评分等指标,结果发现,观察组患者的上述指标水平均低于对照组,提示草薢渗湿汤能加速肛瘘术后创面愈合,缓解肛周肿胀、疼痛等。有研究发现,口服养阴和血解毒方药用于肛瘘术后患者,能加快创面愈合,改善肉芽组织生长质量,缓解肛周肿胀,缩短创面愈合时间,起到较好的治疗效果。

1项随机对照试验^[56]运用止痛如神汤对肛瘘术后伤口愈合及疼痛程度,创面愈合时间及便血消失时间,治疗前后血清表皮生长因子(EGF)与纤维连接蛋白(FN)水平、创面纵径及创面面积、症状(疼痛程度、肉芽形态、创面渗液)积分,共纳入60例患者,试验组与对照组各30例,对照组采用地奥司明及高锰酸钾坐浴,研究组在对照组基础上采用止痛如神汤,2组均治疗3周。结果显示,止痛如神汤可有效缩短创面愈合及便血消失时间,促使创面消失,减轻患者疼痛感,缓解患者临床症状,增加血清EGF与FN水平,提高疾病治疗效果。

6 安全性

6.1 临床问题1:中西医结合治疗肛瘘的不良反应有哪些? 共识建议:(1)临床中药外用:如熏洗、坐浴时,可能会引起局部皮肤过敏反应,出现瘙痒、红斑、丘疹等。(2)中药内服:可能会出现胃肠道不适,如恶心、呕吐、腹泻等。(3)针灸治疗:如操作不当或穴位选择不准确,可能会导致局部出血、血肿、神经损伤等。

6.2 临床问题2:中西医结合治疗肛瘘的禁忌有哪些? 共识建议:(1)对所用中药或中医疗法过敏;(2)严重的全身性疾病:如患有严重的心脑血管疾病、肝肾功能衰竭、恶性肿瘤等;(3)孕妇:部分中药具有活血化瘀、通经走窜等作用,可能会对胎儿产生不良影响,孕妇使用时需特别谨慎;(4)特殊生理时期:如女性经期,一些具有较强活血作用的中药或疗法应避免使用,以免导致月经过多;(5)病情复杂或危急:如肛瘘合并其他严重的肛肠疾病,或出现肛瘘的急性化脓性感染、败血症等危急情况。

6.3 临床问题3:中西医结合治疗肛瘘特殊人群(克罗恩病、孕产妇、儿童等)的注意事项? 共识建议:(1)克罗恩病患者:需要全面评估患者的整体病情,肛瘘可能是克罗恩病肠道炎症的局部表现;(2)个体差异;(3)孕妇:用药安全;(4)尽量减少或避免针灸刺激强度较大的穴位,外用熏洗坐浴时要注意水温适中;(5)儿童:根据儿童的年龄、体重、体质等调整中药的剂量和使用方法;(6)选择适合儿童口味的中药剂型,提高治疗的依从性。

附录A(规范性)编制流程

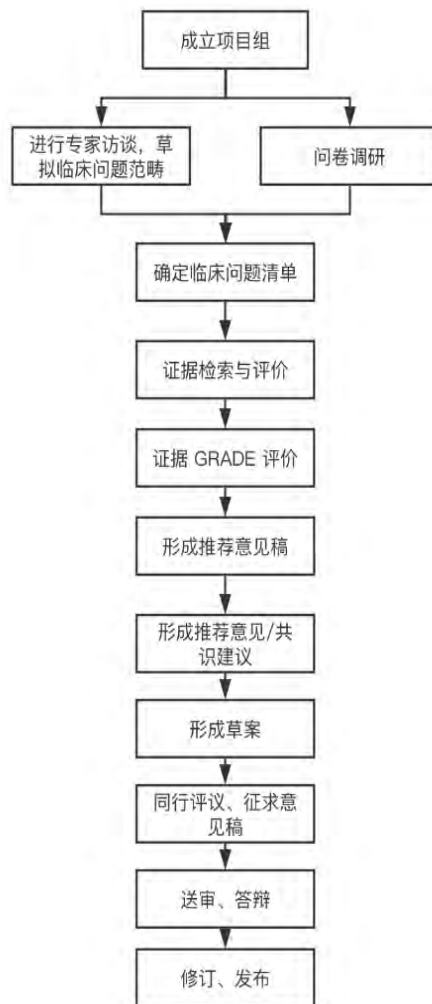
A.1 主要技术内容

1.1 编制依据和原则 (1)本专家公示依据中国民族卫生协会的制定程序进行编制。(2)方案编制遵循的原则:主要以按照GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》为总指导原则。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成、专家共识形成方法、共识初稿的自评价等遵循相应的原则或标准。随机对照试验(Randomized Controlled Trial, RCT)的方法学质量采用Cochrane系统评价手册中的ROB工具进行评价;证据体质量评价和分级采用GRADE;专家共识形成方法采用名义组法。

1.2 技术内容 本共识的编制严格按照规范步骤进行,首先成立项目组,开展2轮针对将近100名肛肠科中西医临床一线医师的问卷调研,遴选出重要的临床问题,对临床问题进行PICO结构化;根据凝练出的问题开展证据的检索、评价和综合,基于所形成的证据体,分别开展肛瘘的GRADE证据质量评价和分级;基于分级结果,再次通过名义组法召开指南会议,形成推荐意见和确定推荐强度。

A.2 编制过程

2.1 工作流程图



2.2 问卷调查

2.2.1 临床问题问卷调查:开展临床问题问卷调查,通过邮箱等形式发放问卷100份,涉及各个省份及不同级别职称的临床一线医师。

2.2.2 确定临床问题:通过访谈,形成初步临床问题清单,再进行问卷调研,确定最终的临床问题清单。见表1。

2.3 证据检索与综合 1)证据的检索:主要通过采用计算机进行检索。(1)英文库选用MEDLINE、COCHRANE图书馆、EMbase、ClinicalTrial.gov等,以肛瘘(“anal fistula”and“fistula-in-ano”)等作为主要检索关键词进行检索,检索建库至2022年1月的文献。(2)中文库选用中国生物医学文献数据库(Sinomed)web版、中国知网(CNKI)、维普期刊资源整合服务平台(VIP)、万方数据知识服务平台(Wanfang)、中国中医药文献数据库、中国临床指南等数据库,分别以“肛瘘”为检索词,以及国内本领域知名专

表1 临床问题清单

序号	临床问题
1	肛瘘的分类?
2	肛瘘的诊断要点包括哪些?
3	肛瘘的治疗是否可加用中药内服干预?
4	肛瘘的治疗是否可以加中药坐浴干预?
5	肛瘘的治疗是否可加用中药制剂局部外用?
6	中医药特色治疗能否用于肛瘘治疗(针刺、穴位埋线、艾灸等)?
7	肛瘘治疗有哪些有效的西药?
8	安全有效的肛瘘手术治疗方式有哪些?
9	中西医结合是否可以提高肛瘘术后患者的疗效(降低伤口疼痛程度、减少伤口疼痛持续时间、改善患者的生活质量、缩短伤口愈合时间、提高肛门功能、减少分泌物、降低复发率和并发症的发生率)?
10	中西医结合治疗肛瘘的不良反应有哪些?
11	中西医结合治疗肛瘘的禁忌有哪些?
12	中西医结合治疗肛瘘特殊人群(克罗恩病、孕产妇、儿童等)的注意事项?

家的姓名为检索词,检索建库年至2024年7月的文献。2)证据的筛选:研究的纳入标准为文献中明确提及为“肛瘘”。干预措施:中医药单用或合并西医常规治疗。对照措施:不做限定。结局指标:不做限定。研究设计类型:优先考虑随机对照试验(Randomized Controlled Trial, RCT)。通过 NoteExpress 文献管理软件进行题录和文献全文管理。3)证据的综合:两位项目组成员对纳入的 RCT 通过 Cochrane 风险偏倚评估(随机序列的生成、分配隐藏、结局评价者盲法、不完整数据、选择性报告结局以及其他偏倚)进行质量评价,如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。纳入的数据导入 ReviewManager5.3 软件。二分类变量用风险比(riskratio, RR)的95%置信区间(confidenceintervals, CI)表示,连续变量则用均值差(meandifference, MD)的95%CI表示。

2.4 形成推荐意见和共识建议 本共识采用国际公认的证据分级和推荐标准,即 GRADE 系统^[57]。根据不同结局按照升降级因素对证据进行质量分级,然后对证据总体进行评级^[58]。通过 GRADEpro 工具对评价结果形成证据概要表。然后通过名义组法形成共识推荐意见或共识建议^[59]。名义组法均按照要求邀请15名相关专家进行讨论。专家共识意见的形成需要主要考虑的6个方面的因素:证据质量、经济性、疗效、不良反应、患者可接受性以及其他。

参 考 文 献

[1] 本刊.GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》标准解读[J].机械工业标准化与

质量,2020,(11):22-26,36.

- [2] 陈希琳,冯六泉,姜国丹,等.肛瘘的诊治专家共识(2020版)[J].实用临床医药杂志,2020,24(17):1-7.
- [3] 李峨,侯文肖,郑丽华.2022年版美国结直肠外科医师协会肛瘘诊治指南解读[J].中国临床医生杂志,2023,51(1):16-19.
- [4] 陈琛,赵晨翔,王建忠.肛瘘常用手术治疗方法的研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2024,30(2):190-193.
- [5] 孙一鸣,许继文,李岳,等.中西医疗肛瘘研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2024,30(2):186-189.
- [6] 中华中医药学会.中医肛肠科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [7] 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会.肛瘘诊治中国专家共识(2020版)[J].中华胃肠外科杂志,2020,23(12):1123-1130.
- [8] Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula [J]. Dis Colon Rectum, 2022, 65(8):964-985.
- [9] 冯福明.肛瘘手术治疗的现状研究[J].中国肛肠病杂志,2023,43(12):74-75.
- [10] 周彬,赵高斯,黄生辉,等.肛瘘的中西医诊疗研究进展[J].湖南中医杂志,2021,37(1):170-172.
- [11] 陈飞云,张雷.肛周脓肿和肛瘘的病因学探究[J].中国肛肠病杂志,2020,40(12):74-75.
- [12] 王汉涛,傅传刚.肛瘘的发病机制及治疗[J].中国实用外科杂志,2007,27(6):488-491.
- [13] 陈伟,郑雪平.肛瘘的中西医病因病机(理)研究概况[J].中医药临床杂志,2018,30(5):978-981.
- [14] 国家中医药管理局.ZY/T001.7-94中医肛肠科病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:132.
- [15] 卢渠,陈映标.托里消毒饮促进肛瘘术后创口愈合临床观察[J].实用中医药杂志,2010,26(3):153-154.
- [16] 苗大兴,赖蕾,苗晨.止痛如神汤对肛瘘术后伤口愈合及疼痛程度的影响[J].中国医药导报,2019,16(6):137-141.
- [17] 麻清.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[D].山东中医药大学,2014.
- [18] 张艳珠,李玉康,李世琼,等.四君子汤及其类方治疗肛肠疾病验案举隅[J].中国民族民间医药,2024,33(6):78-81,99.
- [19] 金艳玲.十全大补汤促进肛瘘及肛瘘术后切口愈合的临床观察[J].吉林中医药,2012,32(2):173-174.
- [20] 李晓军,施捷,蔡娇娇.愈创汤配合痔瘘洗剂对复杂性肛瘘术后患者创面症状评分、创面菌群及分泌物pH值的影响[J].陕西中医,2021,42(4):482-485.
- [21] 牛煜惠,陈平,袁国立.金玄痔科熏洗散联合肛泰软膏促进肛瘘术后创面愈合的有效性分析[J].临床研究,2023,31(7):114-116.
- [22] 复方荆芥熏洗临床应用专家共识专家组.复方荆芥熏洗剂临床应用专家共识[J].中国中药杂志,2022,47(21):

- 5961-5964.
- [23] 邹贤军,李海,孙亮.复方荆芥熏洗剂对肛周脓肿术后患者创面愈合及血清生长因子表达的影响[J].实用临床医药杂志,2021,25(9):74-77.
- [24] 贝立民.复方黄柏液在肛门术后的临床应用[J].中国肛肠病杂志,2011,31(8):57.
- [25] 孙凤伟.加味苦参汤坐浴熏洗对缓解肛瘘术后创面疼痛及促进愈合的效果观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(36):4076-4078.
- [26] 瞿胤,张志君,郑德,等.促愈熏洗方对肛瘘术后患者创面愈合及创面肉芽组织的影响[J].陕西中医,2022,43(10):1414-1418.
- [27] 吴炯,孙建华,王振宜,等.乳没外洗方促进肛瘘术后创面修复随机对照临床研究[J].辽宁中医杂志,2011,38(2):276-278.
- [28] 龙香余,赵国琴,肖秋云,等.肛瘘术后创面愈合的中西医治疗进展[J].内蒙古中医药,2024,43(6):159-161.
- [29] 樊瑛瑛,谢国星,祝愿.康复新液联合凡士林纱条对低位肛瘘术后患者创面及肛门功能的影响[J].当代医学,2019,25(21):31-33.
- [30] 冯月宁,王茜,冯大勇,等.安氏肛肠熏洗剂坐浴对肛瘘手术的增效作用及术后康复进程观察[J].中国临床医生杂志,2020,48(10):1252-1254.
- [31] 江先胜.中药洗剂对肛瘘术后创面恢复的影响Meta分析及用药规律总结[D].江西中医药大学,2019.
- [32] 李青,宋金忠,李华,等.马应龙麝香痔疮膏对肛周脓肿患者术后创面愈合的影响[J].中成药,2019,41(10):2547-2549.
- [33] 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.
- [34] 刘宇,杜雪峰,葛小栋,等.当白生肌膏促进复杂性高位肛瘘术后创面愈合临床研究[J].四川中医,2018,36(2):119-122.
- [35] 杨会举,周鹏飞,刘翔,等.龙珠软膏、肛泰软膏、复方角菜酸酯乳膏对肛瘘术后创面愈合的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2016,11(12):1710-1713.
- [36] 耿一超,耿维凤,李明,等.肤痔清软膏治疗混合痔、肛瘘、肛周脓肿临床疗效观察[J].结直肠肛门外科,2015,21(4):283-284.
- [37] 陈爱霞,杜杏坤,吴春晓,等.马应龙痔疮栓辅助手术治疗复杂肛瘘的疗效观察[J].中国现代医学杂志,2017,27(9):121-124.
- [38] 刘洁,马云云.中药熏洗联合普济痔疮栓对混合痔术后创面愈合及肛门功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(16):1764-1766,1773.
- [39] 于永铎,张虹玺.肛泰栓(软膏)治疗肛肠疾病专家共识[J].中国医药,2022,17(10):1446-1450.
- [40] 彭军良.切开扩创术联合藻酸钙伤口敷料麝香痔疮栓换药治疗肛瘘372例[J].世界中西医结合杂志,2009,4(10):740-741,744.
- [41] 高斐,程婷婷,卢灿省.揸针治疗肛瘘切挂术后肛周疼痛临床观察[J].中医药临床杂志,2022,34(3):561-564.
- [42] 戚思,李宁.揸针的历史沿革及作用机制[J].中医临床研究,2019,11(11):34-36.
- [43] 任盛静,丁佳妮,夏良辉,等.二白穴穴位埋针对肛瘘术后肛门疼痛情况、排便情况的影响[J].辽宁中医杂志,2025,52(1):152-154.
- [44] 董青军,梁宏涛,王琛,等.电针足三里及八髎穴治疗复杂性肛瘘术后大便失禁的临床观察[J].上海中医药杂志,2018,52(10):67-69.
- [45] 崔仙美,李改仙,高梓桐,等.优质护理干预对肛瘘患者行肛瘘切除术后的护理效果分析[J].云南中医中药杂志,2020,41(8):90-92.
- [46] 梁靖华,苏红波,孙兴伟,等.针灸治疗肛肠病术后疼痛的研究进展[J].陕西中医,2015,36(11):1568-1569.
- [47] 张学君.独取长强穴的临床研究概况[J].时珍国医国药,2015,26(6):1447-1448.
- [48] 王福民,孙思涵,银子涵,等.穴位贴敷治疗功能性便秘的选穴用药规律挖掘[J].中国针灸,2021,41(10):1166-1170.
- [49] 钟思羽,邱玲,刘华,等.耳穴压豆在临床疼痛性疾病中的研究进展[J].实用中医内科杂志,2023,37(8):73-75.
- [50] 叶健飞,褚怡霏,王振宜,等.针灸治疗肛肠病术后疼痛研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(9):70-74.
- [51] 蒋文君.耳穴埋豆联合热敏灸缓解肛瘘术后疼痛的临床研究[D].长沙:湖南中医药大学,2017.
- [52] 曾靓,盛利,杨珊莹,等.耳穴压豆对肛肠病术后镇痛疗效的Meta分析[J].中国中医药图书情报杂志,2022,46(2):22-28.
- [53] 陈冬妹,王建民,李明,等.艾灸联合中药熏洗对高位复杂性肛瘘术后创面愈合的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(16):1737-1740,1754.
- [54] 伍斌玺,陈桂恩,曾元宁,等.中药外洗对复杂性肛瘘术后恢复疗效的系统评价和Meta分析[J].解放军护理杂志,2022,39(5):57-60,75.
- [55] 杨东泽.草薢渗湿汤口服配合康复新液湿敷促进肛瘘术后创面愈合临床研究[J].实用中医药杂志,2020,36(11):1397-1398.
- [56] 苗大兴,赖蕾,苗晨.止痛如神汤对肛瘘术后伤口愈合及疼痛程度的影响[J].中国医药导报,2019,16(6):137-141.
- [57] Guyatt Gordon H, Oxman Andrew D, Kunz Regina, 等. GRADE:从证据到推荐[J].中国循证医学杂志,2009,9(3):257-259.
- [58] Guyatt Gordon H, Oxman Andrew D, Vist Gunn E, 等. GRADE:证据质量和推荐强度分级的共识[J].中国循证医学杂志,2009,9(1):8-11.
- [59] 陈耀龙,姚亮, Susan Norris, 等. GRADE在系统评价中应用的必要性及注意事项[J].中国循证医学杂志,2013,13(12):1401-1404.

(收稿日期:2025-11-24)