引用：李若琪，胡响当，杨宗亮，等．中医定量挂线疗法治疗高位单纯性肛瘘 120 例［J］．湖南中医杂志，2026，42（10）：60-64，69.

中医定量挂线疗法治疗高位单纯性肛瘘 120 例

李若琪，胡响当，杨宗亮，张　蕊，谢汶洁，李磊磊
（湖南中医药大学第二附属医院，湖南　长沙，410005）

［**摘要**］ 目的：观察不同定量挂线和术后紧线方案治疗高位单纯性肛瘘的临床疗效。方法：选取高位单纯性肛瘘患者 120 例，将其随机分为治疗 1 组、治疗 2 组、治疗 3 组和对照组，每组各 30 例。4 组均行定量挂线疗法，治疗 1、2、3 组橡皮筋初始分别按拟挂线组织周长（C）的 C/4、C/3 和 C/2 收紧，术后每 7 d 按相应比例紧线；对照组采用常规定量序贯紧线方案。观察 4 组创面愈合时间、橡皮筋脱落时间、住院时间、疼痛视觉模拟法（Visual Analogue Scale，VAS）评分、创缘水肿评分、Wexner 肛门失禁评分，并评价临床疗效。结果：总有效率治疗 1、2、3 组分别为 100.00%（30/30）、100.00%（30/30）、93.33%（28/30），对照组为 96.67%（29/30），4 组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗 3 组创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间均短于治疗 1、2 组和对照组，治疗 2 组均短于治疗 1 组和对照组，治疗 1 组均短于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。术后 7 d，治疗 3 组疼痛 VAS 评分和创缘水肿评分均高于治疗 1、2 组和对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；其余时间点 4 组比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。术后 1、3 个月，治疗 3 组 Wexner 肛门失禁评分均高于治疗 1、2 组和对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；术后 6 个月 4 组 Wexner 肛门失禁评分差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：不同定量挂线和术后紧线方案治疗高位单纯性肛瘘均可取得一定疗效。增加单次紧线量可缩短创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间，但 C/2 方案术后早期疼痛、创缘水肿和肛门功能变化较明显；C/4 和 C/3 方案可能在治疗效率和早期肛门功能保护之间具有较好的平衡。

［**关键词**］ 高位单纯性肛瘘；中医挂线疗法；定量挂线；紧线方案；肛门功能；术后康复
［**中图分类号**］R266.571.6　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.013

Clinical effect of traditional Chinese medicine quantitative thread-drawing therapy in treatment of high simple anal fistula: An analysis of 120 cases

LI Ruoqi, HU Xiangdang, YANG Zongliang, ZHANG Rui, XIE Wenjie, LI Leilei
（The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410005, Hunan, China）

［**Abstract**］ Objective: To investigate the clinical effect of different quantitative thread-drawing and postoperative tightening regimens in the treatment of high simple anal fistula. Methods: A total of 120 patients with high simple anal fistula were randomly divided into treatment group 1, treatment group 2, treatment group 3, and control group, with 30 patients in each group. All four groups received quantitative thread-drawing therapy; the elastic bands in the treatment groups 1, 2, and 3 were initially tightened by C/4, C/3, and C/2, respectively, where C denotes the circumference of the tissue to be threaded, and were tightened according to the corresponding proportion every 7 days after surgery, and the patients in the control group received the conventional quantitative sequential tightening regimen. The four groups were observed in terms of wound healing time, elastic band detachment time, length of hospital stay, Visual Analogue Scale （VAS） pain score,

基金项目：湖南省中医药科研计划项目（B2024094）；湖南中医药大学科研基金项目（2024XYLH057）
第一作者：李若琪，女，2024 级硕士研究生，研究方向：中医药防治肛肠疾病
通信作者：李磊磊，男，医学硕士，主治医师，研究方向：肛肠疾病的防治，E-mail：2285986403@qq.com

wound edge edema score, and Wexner anal incontinence score, and clinical outcome was assessed for all groups. Results: The treatment groups 1, 2, and 3 had an overall response rate of 100.00% （30/30）, 100.00% （30/30）, and 93.33% （28/30）, respectively, and the control group had an overall response rate of 96.67% （29/30）, with no significant difference between the four groups （$P>0.05$）. The treatment group 3 had significantly shorter wound healing time, elastic band detachment time, and length of hospital stay than the treatment groups 1 and 2 and the control group, the treatment group 2 had significantly shorter time than the treatment group 1 and the control group, and the treatment group 1 had significantly shorter time than the control group （$P<0.05$）. On day 7 after surgery, the treatment group 3 had significantly higher VAS pain score and wound edge edema score than the treatment groups 1 and 2 and the control group （$P<0.05$）, and there were no significant differences between the four groups at the other time points （$P>0.05$）. At 1 and 3 months after surgery, the treatment group 3 had a significantly higher Wexner anal incontinence score than the treatment groups 1 and 2 and the control group （$P<0.05$）, and there was no significant difference in Wexner anal incontinence score between the four groups at 6 months after surgery （$P>0.05$）. Conclusion: Different quantitative thread-drawing and postoperative tightening regimens can all achieve a certain clinical effect in the treatment of high simple anal fistula. Increasing the amount of single tightening can shorten wound healing time, elastic band detachment time, and length of hospital stay; however, the C/2 regimen was associated with more marked early postoperative pain, wound edge edema, and changes in anal function, while the C/4 and C/3 regimens may achieve a better balance between treatment efficiency and early anal function protection.

［**Keywords**］high simple anal fistula; traditional Chinese medicine thread-drawing therapy; quantitative thread-drawing therapy; tightening regimen; anal function; postoperative rehabilitation

肛瘘是肛管或直肠与肛周皮肤之间形成的异常病理性通道，临床主要表现为肛周反复破溃流脓、疼痛及潮湿瘙痒等[1]。本病以青壮年男性多见[2]，手术是其主要的治疗方式[3]。对于高位肛瘘，治疗不仅要求清除瘘管、降低复发风险，还应尽可能减少对肛门括约肌的损伤，保护肛门功能。挂线疗法通过缓慢勒割瘘管及部分括约肌组织，使切割与局部组织粘连、修复同步进行，可在促进瘘管逐渐离断的同时降低括约肌一次性离断所致的功能损伤风险，因此被广泛应用于高位肛瘘的治疗[4-7]。

目前，挂线治疗的紧线力度、紧线频次及收紧程度仍较依赖术者经验，缺乏统一的量化标准，导致疗效参差，如何合理控制紧线强度是提高挂线治疗规范化程度的关键。本团队前期研究比较了1/4、1/3 周长（C）定量挂线方案与传统挂线方案，提示定量挂线在减轻术后不适及保护肛门功能方面具有一定优势[8]。在此基础上，本研究将进一步比较 1/4、1/3、1/2 周长（C）定量挂线方案及常规序贯紧线方案治疗高位单纯性肛瘘的临床效果与安全性，旨在探索较为适宜的紧线强度，为挂线疗法的标准化和量化操作提供临床依据。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2024年4月1日至2025年1月31日于湖南中医药大学第二附属医院肛肠科确诊为高位单纯性肛瘘的患者120例，采用随机数字表法将其分为治疗1、2、3组和对照组，每组各30例。治疗1组中，男24例，女6例；年龄20～54岁，平均（38.2±8.5）岁；病程0.1～4.0年，平均（2.1±1.4）年。治疗2组中，男22例，女8例；年龄23～56岁，平均（39.1±8.3）岁；病程0.1～3.9年，平均（2.0±1.2）年。治疗3组中，男23例，女7例；年龄23～56岁，平均（37.8±8.2）岁；病程0.3～4.0年，平均（2.1±1.3）年。对照组中，男24例，女6例；年龄22～52岁，平均（36.7±7.8）岁；病程0.5～4.5年，平均（2.3±1.2）年。4组一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经湖南中医药大学第二附属医院伦理委员会审批通过（2024-KY-14）。

1.2 诊断标准 符合《肛瘘中西医结合诊疗指南》[3]中的相关标准。1）临床表现：肛周反复破溃、流脓，可伴局部肿痛、瘙痒等症状，多有肛周脓肿病史。2）专科及影像学检查：结合肛门局部检查、经肛三维超声或肛周MRI检查，明确内口位置、瘘管

走行及其与肛门括约肌的解剖关系，并判断有无脓腔及分支瘘管。3）高位单纯性肛瘘：瘘道单一，无复杂分支，结合瘘管与肛门括约肌的解剖关系和影像学表现进行判定[9-10]。

1.3 纳入标准 1）符合上述西医诊断标准；2）年龄≥18岁且≤65岁；3）首次接受肛瘘手术治疗，既往无肛门直肠手术史；4）治疗前肛门控便功能正常，且肛门外观无明显异常；5）自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1）有肛门外伤病史；2）合并有炎症性肠病；3）既往有肛瘘手术史；4）有心脑血管、肝肾、造血系统等严重原发病史；5）有精神心理疾病史；6）处于妊娠期或哺乳期的女性患者。

2 治疗方法

所有患者术前完善相关检查，排除手术禁忌，并行经肛三维超声或肛周MRI平扫及增强扫描，明确病变范围、内口位置、瘘管走行及其与肛门括约肌的解剖关系，以及有无潜行脓腔。4组均行低位切开高位挂线术，手术均由具有主治医师和以上职称、具备相关临床经验的同一医疗团队完成。挂线材料统一采用无菌医用乳胶弹力橡皮筋，术前于无张力状态下每隔1 cm作标记，消毒备用。术中于内口水平，以灭菌丝线环绕拟挂线括约肌组织，测量括约肌复合体外侧缘至内侧缘之间拟挂线组织的周长（C）；保持组织自然松弛状态，连续测量2次，取平均值作为定量挂线依据。4组围手术期用药、麻醉及术后换药方案均相同。待橡皮筋自然脱落，且患者无明显疼痛、出血等不适后予以出院。

2.1 治疗1组 将无菌医用乳胶弹力橡皮筋经拟挂线肌束下方瘘管穿出肛外，以术中测得的拟挂线组织周长（C）为基准，首次收紧C/4，于肛外以血管钳夹持后采用7号丝线双重结扎固定。术后每7 d紧线1次，每次收紧C/4，直至橡皮筋自然脱落。

2.2 治疗2组 操作方法同治疗1组，首次收紧C/3；术后每7 d紧线1次，每次收紧C/3，直至橡皮筋自然脱落。

2.3 治疗3组 操作方法同治疗1组，首次收紧C/2；术后每7 d紧线1次，每次收紧C/2，直至橡皮筋自然脱落。

3个治疗组均采用阶梯式紧线方案，每次紧线长度均以术中首次测得的拟挂线组织周长（C）为计算基准，不随前次紧线后剩余周长变化。以治疗2组为例，若C为6 cm，则首次收紧2 cm，此后每7 d收紧2 cm，直至橡皮筋自然脱落。

2.4 对照组 采用常规定量序贯紧线方案。橡皮筋置入和固定方法同治疗1组，术中首次收紧1 cm，不根据拟挂线组织周长计算收紧比例；术后每7 d紧线1次，每次收紧1 cm，直至橡皮筋自然脱落。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1）创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间。记录自手术之日起至创面完全愈合、橡皮筋自然脱落的时间，以及自入院至出院的时间。2）疼痛视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale，VAS）评分。分别于术后1、7、14、21 d采用疼痛VAS评分评估患者疼痛程度，总分0～10分，0分为无痛，1～3分为轻度疼痛，4～6分为中度疼痛，7～10分为重度疼痛，评分越高表示疼痛程度越重[11-12]。3）创缘水肿评分。参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》[13]中的四级评分法，分别于术后1、7、14、21 d评价创缘水肿程度。无水肿，计0分；轻度水肿，组织稍隆起但皮纹可见，计1分；中度水肿，组织隆起且皮纹模糊，计2分；重度水肿，组织明显隆起且皮纹消失，计3分。4）Wexner肛门失禁评分。分别于术前及术后1、3、6个月采用Wexner肛门失禁评分量表评价患者肛门控便功能，该量表包括固体便失禁、液体便失禁、气体失禁、使用衬垫及生活方式改变5个方面，总分0～20分，评分越高表示肛门控便功能越差。≤3分为肛门功能正常或良好，4～9分为轻度失禁，≥10分为中重度失禁[14]。5）创面愈合情况。创面愈合情况包括创面面积和肉芽组织生长情况。创面面积测量前先清洁创面，以无菌透明敷料覆盖创面，用标记笔沿创缘描记轮廓，再将敷料平铺于1 mm×1 mm标准方格纸上，通过计数创面轮廓所覆盖的方格数计算创面面积。未愈创面比例（%）=术后2个月创面面积/术后初始创面面积×100%。肉芽组织生长情况根据其颜色、颗粒形态、创面充填程度及分泌物情况进行评价：肉芽组织鲜活表现为色泽鲜红

或红润、颗粒细小均匀、组织充填良好，且无明显坏死及脓性分泌物；肉芽组织生长良好表现为色泽红润、颗粒较均匀，覆盖创面大部分区域且充填较好，无明显坏死及脓性分泌物；肉芽组织生长不良表现为色泽灰暗、苍白或暗红，颗粒大小不一，生长缓慢或不明显。

3.2 疗效标准 参照《中医肛肠科病证诊断疗效标准》[15]中肛瘘的疗效标准，并结合本研究创面愈合情况制定临床综合疗效评价标准，于术后2个月进行评价。痊愈：临床症状、体征消失，创面完全愈合；显效：症状消失，体征较前明显改善，未愈创面<25%，且肉芽组织鲜活；有效：症状、体征较前改善，未愈创面≥25%且≤50%，肉芽组织生长良好；无效：症状、体征无明显改善，未愈创面>50%，肉芽组织生长不良或仍有渗出物。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以“均数±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示，组内前后比较采用配对t检验；不符合正态分布的计量资料采用非参数检验。4组间比较时，符合正态分布且方差齐的数据采用单因素方差分析，不满足正态分布或方差齐性的数据采用Kruskal-Wallis H检验；组间总体比较差异有统计学意义时，进一步进行两两比较，并采用适当方法进行多重比较校正。计数资料以例和率(%)表示，组间比较采用χ^2检验；当理论频数不满足χ^2检验适用条件时，采用Fisher确切概率法。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 4组临床疗效比较 总有效率治疗1组为100.00%，治疗2组为100.00%，治疗3组为93.33%，对照组为96.67%，4组比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。(见表1)

表1 4组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗1组	30	27(90.00)	2(6.67)	1(3.33)	0	30(100.00)
治疗2组	30	28(93.33)	2(6.67)	0	0	30(100.00)
治疗3组	30	22(73.33)	5(16.67)	1(3.33)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	25(83.33)	3(10.00)	1(3.33)	1(3.33)	29(96.67)

3.4.2 4组创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间比较 4组创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)。两两比较，治疗3组上述3项指标均短于治疗1、2组和对照组，治疗2组均短于治疗1组和对照组，治疗1组均短于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 4组创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间比较($\bar{x}\pm s$，d)

组别	例数	创面愈合时间	橡皮筋脱落时间	住院时间
治疗1组	30	39.41±3.15	17.88±2.42	18.02±2.55
治疗2组	30	35.99±2.87[a]	14.97±2.14[a]	15.34±2.22[a]
治疗3组	30	33.45±2.69[ab]	12.43±2.13[ab]	13.14±2.26[ab]
对照组	30	43.92±3.09[abc]	21.15±2.24[abc]	20.98±2.41[abc]

注：与治疗1组比较，[a]$P<0.05$；与治疗2组比较，[b]$P<0.05$；与治疗3组比较，[c]$P<0.05$。

3.4.3 4组术后不同时间疼痛VAS评分比较 术后1 d、14 d和21 d，4组疼痛VAS评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；术后7 d，治疗3组疼痛VAS评分高于治疗1、2组和对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)，治疗1、2组和对照组组间比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。组内比较，治疗1、2组和对照组术后7 d疼痛VAS评分均低于术后1 d，术后21 d均低于术后14 d，差异均有统计学意义($P<0.05$)，术后14 d与术后7 d比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；治疗3组术后7 d与术后1 d比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，术后14 d疼痛VAS评分低于术后7 d，术后21 d低于术后14 d，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 4组术后不同时间疼痛VAS评分比较($\bar{x}\pm s$，分)

组别	术后1 d	术后7 d	术后14 d	术后21 d
治疗1组	2.14±0.59	1.54±0.52[de]	1.39±0.56[f]	0.89±0.45[e]
治疗2组	2.18±0.48	1.57±0.54[de]	1.46±0.54[f]	0.86±0.46[e]
治疗3组	2.37±0.51	2.15±0.59[abcf]	1.53±0.50[e]	0.82±0.49[e]
对照组	2.09±0.53	1.53±0.58[e]	1.34±0.49[f]	1.05±0.51[e]

注：与治疗1组同时间点比较，[a]$P<0.05$；与治疗2组同时间点比较，[b]$P<0.05$；与对照组同时间点比较，[c]$P<0.05$，[d]$P>0.05$；与本组前一时间点比较，[e]$P<0.05$，[f]$P>0.05$。

3.4.4 4组术后不同时间创缘水肿评分比较 术后

1 d、14 d和21 d，4组创缘水肿评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；术后7 d，治疗3组创缘水肿评分高于治疗1、2组和对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$），其余3组组间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。组内比较，治疗1、2组和对照组各相邻时间点创缘水肿评分比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；治疗3组术后7 d与术后1 d比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），术后14 d低于术后7 d，术后21 d低于术后14 d，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表4）

表4 4组术后不同时间创缘水肿评分比较

（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	术后1 d	术后7 d	术后14 d	术后21 d
治疗1组	30	2.35±0.49	1.68±0.52[d]	1.05±0.41[d]	0.55±0.48[d]
治疗2组	30	2.38±0.51	1.84±0.56[d]	1.11±0.53[d]	0.61±0.51[d]
治疗3组	30	2.59±0.48	2.26±0.49[abce]	1.21±0.50[d]	0.69±0.55[d]
对照组	30	2.33±0.51	1.59±0.48[d]	1.17±0.44[d]	0.75±0.59[d]

注：与治疗1组同时间点比较，[a]$P<0.05$；与治疗2组同时间点比较，[b]$P<0.05$；与对照组同时间点比较，[c]$P<0.05$；与本组前一时间点比较，[d]$P<0.05$，[e]$P>0.05$。

3.4.5 4组术前和不同时间点Wexner肛门失禁评分比较 术前和术后1、3、6个月，4组Wexner肛门失禁评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；术后1个月和3个月，治疗3组Wexner肛门失禁评分均高于治疗1、2组和对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$），其余各组组间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。组内比较，4组术后1个月Wexner肛门失禁评分均高于术前，术后3个月均低于术后1个月，术后6个月均低于术后3个月，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表5）

表5 4组术前和不同时间点Wexner肛门失禁评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	术前	术后1个月	术后3个月	术后6个月
治疗1组	30	1.32±0.45	2.62±0.46[d]	2.01±0.36[d]	0.99±0.57[d]
治疗2组	30	1.35±0.43	2.88±0.41[d]	2.18±0.33[d]	1.02±0.55[d]
治疗3组	30	1.39±0.51	4.65±0.53[abc]	2.56±0.37[abc]	1.13±0.53[d]
对照组	30	1.36±0.49	2.54±0.47[d]	1.92±0.40[d]	0.85±0.52[d]

注：与治疗1组同时间点比较，[a]$P<0.05$；与治疗2组同时间点比较，[b]$P<0.05$；与对照组同时间点比较，[c]$P<0.05$；与本组前一时间点比较，[d]$P<0.05$。

4 讨 论

肛瘘属中医学“肛漏”范畴，其发生与肛痈溃后不愈、湿热下注、气血运行不畅等有关[16]。高位肛瘘因瘘管位置较高，且累及较多肛门括约肌，治疗时既需处理瘘管和内口，又应尽可能保护肛门功能。挂线疗法通过持续作用于瘘管和括约肌组织，使所挂组织逐渐离断，是高位肛瘘常用的治疗方法。但单次紧线量和紧线时机仍较多依赖术者经验，紧线量不足可能延长橡皮筋脱落时间和创面愈合时间，紧线量过大则可能加重疼痛、水肿，并影响肛门功能。本研究在团队前期研究基础上，以拟挂线组织周长（C）为量化基准，比较C/4、C/3、C/2阶梯式定量紧线方案和常规定量序贯紧线方案的临床效果。

本研究结果显示，4组临床综合疗效比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗3组（C/2）创面愈合时间、橡皮筋脱落时间和住院时间最短，其次为治疗2组（C/3）、治疗1组（C/4），对照组最长，提示在本研究设定范围内增加单次紧线量可缩短治疗进程。但术后7 d，治疗3组疼痛VAS评分和创缘水肿评分均高于其余3组，术后1个月和3个月Wexner评分亦相对较高，提示C/2方案可能加重术后早期疼痛、局部组织反应和肛门功能变化。至术后6个月，4组Wexner评分差异均无统计学意义（$P>0.05$），提示上述影响主要集中于术后早期。余求祥等[17]和Zhao等[18]的研究亦表明，不同紧线程度可影响创面恢复和肛门功能，其中C/4和C/3方案在疗效和功能保护方面相对均衡，与本研究结果基本一致。同时机械刺激可影响成纤维细胞迁移和细胞外基质重塑等创面修复过程[19]，不同单次紧线量可能通过改变局部组织机械刺激而影响创面愈合。

综上所述，定量紧线有助于提高高位单纯性肛瘘挂线治疗的规范化程度。C/2方案可缩短治疗进程，但术后早期疼痛、水肿和肛门功能变化较明显；C/4和C/3方案在治疗效率和组织保护之间可能具有较好的平衡。本研究样本量较小、随访时间较短，且缺乏肛管直肠测压等客观指标，后续仍需多中心、大样本和长期随访研究进一步验证。

（下转第69页）

中国中西医结合消化杂志，2024，32(11)：939-944.
[12] 中华中医药学会脾胃病分会.腹痛中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2024，32(9)：748-755.
[13] 中华医学会消化内镜学分会外科学组，中华医学会消化内镜学分会经自然腔道内镜手术学组，中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会，等. 中国消化道黏膜下肿瘤内镜诊治专家共识(2023版)[J]. 中华消化内镜杂志，2023，40(4)：253-263.
[14] 中华医学会消化内镜学分会麻醉协作组. 常见消化内镜手术麻醉管理专家共识[J]. 中华消化内镜杂志，2019，36(1)：9-19.
[15] 中华医学会消化内镜学分会清洗消毒学组. 中国消化内镜再处理专家共识(2024，重庆)[J]. 中华消化内镜杂志，2024，41(9)：673-684.
[16] 中华中医药学会脾胃病分会. 脾胃病症状量化标准专家共识意见：2017[J]. 中华中医药杂志，2017，32(8)：3590-3596.
[17] 何晓红，丁晔. 中药热敷结合快速康复干预对胃肠道手术患者胃肠功能恢复的影响[J]. 西部中医药，2024，37(12)：131-135.
[18] Xue J, Xu Z, Wang Q, et al. Clinical practice guidelines for prevention and treatment of postoperative gastrointestinal disorder with integrated traditional Chinese and Western medicine (2023)[J]. J Evid Based Med, 2024, 17(1)：207-223.
[19] 廖艳烨. 探讨中药热奄包联合腹部环行按摩在结肠镜检查后腹胀腹痛患者中的应用效果[J]. 黑龙江医药，2025，38(2)：378-380.
[20] 陈一秀，曹艳霞，罗晓颖，等. 中药热敷护理对结肠镜围检查期患者舒适度和满意度的影响[J]. 中国医药导报，2023，20(16)：173-176.
[21] 黄晓林，钟晓敬，徐艳，等. 中药穴位贴敷对全麻结肠镜检查后腹痛腹胀的缓解作用[J]. 中华全科医学，2024，22(3)：491-494.
[22] Küçükaydınoğlu S, Turan N. The effect of abdominal massage applied after surgery on gastrointestinal symptoms and comfort level[J]. Perioper Med (Lond), 2025, 14(1)：84.
[23] 余洪春，吴启洲，刘春燕. 中和医派益气温中方中药封包热敷联合穴位按摩治疗胃肠镜术后腹胀腹痛40例[J]. 光明中医，2025，40(16)：3484-3487.

(收稿日期：2026-04-14)
[编辑：马怀玉]

(上接第64页)

参考文献

[1] 王茜，谭畅，冯月宁，等. 肛瘘中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国肛肠病杂志，2026，46(1)：66-75.
[2] Amato A, Bottini C, De Nardi P, et al. Evaluation and management of perianal [ab]scess and anal fistula：SICCR position statement[J]. Tech Coloproctol, 2020, 24(2)：127-143.
[3] 中华中医药学会. 肛瘘中西医结合诊疗指南[J]. 中国临床医生杂志，2025，53(2)：145-151.
[4] Özgü K, Kutlu B, Koç M A, et al. Assessing quality of life in anal fistula patients after seton placement using different knot types：Randomized controlled trial[J]. Int J Colorectal Dis, 2026, 41(1)：52.
[5] 郝秀艳，文丽娟，谢祥锟. 肛漏古籍挂线疗法探析[J]. 山东中医药大学学报，2011，35(1)：56-57.
[6] 孙吉娅，高善语，王立柱. 高位肛瘘挂线疗法研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育，2025，23(2)：83-86.
[7] 刘肃志. 基于括约肌功能保护的高位肛瘘分次虚实高挂术的评价研究[D]. 上海：上海中医药大学，2020：46-64.
[8] 张蕊. 中医定量挂线及紧线方案治疗高位单纯性肛瘘的临床研究[D]. 长沙：湖南中医药大学，2025：9-21.
[9] Parks A G, Gordon P H, Hardcastle J D. A classification of fistula-in-ano[J]. Br J Surg, 1976, 63(1)：1-12.
[10] Morris J, Spencer J A, Ambrose N S. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management[J]. Radiographics, 2000, 20(3)：623-635.
[11] Woodforde J M, Merskey H. Some relationships between subjective measures of pain[J]. J Psychosom Res, 1972, 16(3)：173-178.
[12] 万丽，赵晴，陈军，等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020版)[J]. 中华疼痛学杂志，2020，16(3)：177-187.
[13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则：试行[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：285-290.
[14] Jorge J M, Wexner S D. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1)：77-97.
[15] ZY/T 001.7—1994 中医肛肠科病证诊断疗效标准[S].
[16] 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.
[17] 余求祥，程一乘，侯文肖，等. 虚实结合挂线术术中不同程度紧线治疗高位经括约肌肛瘘的临床研究[J]. 中国临床医生杂志，2024，52(10)：1197-1199.
[18] Zhao P, Wang L, Song Q, et al. Different tightening schemes in thread-drawing therapy and their effects on anal function recovery in patients with high simple anal fistula[J]. Front Physiol, 2025, 16：1520260.
[19] Berry C E, Downer M Jr, Morgan A G, et al. The effects of mechanical force on fibroblast behavior in cutaneous injury[J]. Front Surg, 2023, 10：1167067.

(收稿日期：2026-07-19)
[编辑：马怀玉]