

DOI: 10.12209/CAIM202503040001

· 中西医结合临床案例 ·

中医外治法在1例高位马蹄形肛周脓肿患者 术后快速康复中的应用体会

潘 琼, 牛魏魏, 姚 芬, 姜莉莉, 张旭东, 冯雨琪, 刘佳妮, 朱 怡

(上海中医药大学附属曙光医院 肛肠科, 上海, 200021)

摘要: 本文总结1例肛周脓肿多间隙感染患者的护理体会。通过采用有序、适时、路径化中医外治疗法,在不同阶段采用针对性中医外治法干预,辨证施护,明显改善患者预后,减少并发症,提高患者生活质量,充分体现中医技术在高位马蹄形肛周脓肿术后快速康复中的应用效果。

关键词: 肛周脓肿; 中药熏蒸; 中药贴敷; 耳穴埋针

Application Experience of Traditional Chinese Medicine External Therapies in Accelerating Postoperative Recovery for a Case of High Horseshoe-Shaped Perianal Abscess

PAN Qiong, NIU Weiwei, YAO Fen, JIANG Lili, ZHANG Xudong,
FENG Yuqi, LIU Jiani, ZHU Yi(Department of Anorectal Surgery, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200021)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience for a case of multi-space infected perianal abscess. By implementing a structured pathway of TCM external therapies with sequential and timely interventions, syndrome-differentiated nursing protocols were applied at distinct pathological stages. This approach significantly improved patient prognosis, reduced complications, and enhanced quality of life, demonstrating the efficacy of TCM techniques in accelerating postoperative recovery for high horseshoe-shaped perianal abscesses.

KEY WORDS: perianal abscess; herbal fumigation; herbal application; auricular acupoint embedding

肛周脓肿(Perianal Abscess, PA)是一种由肛门和直肠周边的软组织或者它们之间的空间引发的感染性发炎现象,同时伴随着脓液的生成。它表现为一种快速发展的肛门与直肠周边的急性炎症症状^[1]。这种疾病通常突发且进展迅速,占据外科病例中的3%~5%^[2]。由于它的广泛影响力和严重的炎症反应,如果被诊断出患有此种疾病,需要立即接受治疗,特别是对于那些涉及到马蹄形的肛周脓肿的患者来说更是如此^[3-4]。该疾病的发病人群多为男性,且可发生于任何年龄,对病人的日常生活造成严重困扰^[5]。目前对于该疾病的治疗多采用手术治疗,使脓肿部位减压并引流体外,然而在手术过程中可能存在引流不畅或

脓肿蔓延扩散的情况发生,导致病灶以外的部位感染,最终引起多组织损伤,严重者发生坏死性筋膜炎,甚至危及生命^[6]。本案例是1例高位马蹄形肛周脓肿,患者在我院肛肠科行肛周脓肿切开引流术,术后采用中药化腐清创术,配合中药熏蒸、中药贴敷及耳穴埋针等特色护理,经过中医辨证施护,抗感染、止血等措施,患者肛周硬块明显消退,感染得到控制。现对本案例中的治疗及护理应用进行分析和探讨,并报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,48岁,主诉肛旁肿痛1月余。患者长

收稿日期:2025-03-04

基金项目:曙光医院临床护理科研课题(2023SGHL03)

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

期居住于巴西,1月余前无明显诱因下肛旁出现硬块,逐渐增大,肿痛逐渐加重,一直未溃破,伴发热,2024年8月25日于巴西当地医院行肛周脓肿手术(具体不详),术后仍有肛旁肿痛反复发作,时作时缓,为求进一步治疗于2024年08月27日由门诊拟“高位马蹄形肛周脓肿”收治入院。

入院症见:肛旁肿痛,数字等级评定量表(Numerical Rating Scale, NRS)评分为5分,无便血,无流脓;神清,精神可,情志无明显异常;伴发热,体温(T)38.5℃,无咳嗽,无自汗盗汗,无头晕头痛,伴口干口渴;平素大便,1~2次/d,质软,偶有不成形,小便调,纳可寐安。既往史:否认高血压病、糖尿病、冠心病病史,否认其他慢性疾病病史,否认传染病史,预防接种史随社会,否认遗传性疾病、风湿免疫性疾病及肿瘤家族史。患者出生湖南,长期居住于上海,否认粉尘接触史,否认冶游史;饮食无明显偏好,不嗜烟酒;已婚,已育,1子0女。

1.2 查体

一般情况:体温(T)36.3℃,脉搏(P)76次/min,呼吸(R)16次/min,血压(BP)121/75 mm Hg;意识清楚,精神良好,形体正常,发育正常,营养良好,语声气息正常,面色红润,步态正常,自动体位,表情自然,检查合作;皮肤粘膜无黄染,无皮疹,无皮下出血,无水肿,无肝掌,无蛛痣,浅表淋巴结无肿大;头颅正常,眼睑无浮肿,眼球正常,角膜透明,巩膜正常,瞳孔等圆,对光反射灵敏;耳廓正常,无外耳道分泌物,无乳突压痛,无听力粗试障碍;口唇红润,口腔粘膜正常,伸舌居中;气管居中,颈动脉搏动正常,双侧甲状腺无肿大;胸廓对称、正常,无胸骨压痛;肺两侧呼吸运动对称,肋间隙正常;语颤正常,无胸膜摩擦感;叩诊呈清音,心前区无隆起,心尖搏动正常;周围血管未见异常;腹部正常,无腹壁静脉曲张,无胃肠型,无蠕动波,肠鸣音正常;无肝区叩击痛,无肾区叩击痛,腹软,无压痛,无反跳痛,脾脏未触及,胆囊未触及,Murphy征阴性;生殖器正常,肛门直肠正常;脊柱正常,四肢正常,神经反射正常,肌张力未见异常。专科查体:截石位肛门1~6点肛缘见5 cm×10 cm红肿,压痛(+),波动(+),肛指因痛未行。

1.3 诊断

患者舌质红,苔黄腻,脉弦。辅助检查:白细胞 $17.06 \times 10^9/L \uparrow$,中性粒细胞 $12.27 \times 10^9/L \uparrow$,中性粒细胞%72.00% $\uparrow$,单核细胞 $1.44 \times 10^9/L \uparrow$ 。

中医诊断:肛痈;辨证分型:热毒炽盛型;西医诊断:高位马蹄形肛周脓肿。患者肛旁肿痛,此系不慎感受热毒之邪,蕴结肠道肛门,血败肉腐化脓,发而为肛痈,故见肛旁肿痛,舌脉亦提示血热之证。

1.4 治疗

2024年8月27日,患者于全麻下行肛周脓肿切开引流术,常规消毒铺巾后,在肛缘1、3、4、5点肛缘皮肤红肿波动最明显处行放射状切口,钝性分离脓腔组织间隔,予药线红油膏引流,保留切口间的皮肤和组织。术后遵医嘱予红油膏药线引流换药、黄柏膏贴敷、中药熏蒸、耳穴埋针、抗感染及止血等治疗;口服八宝丹、培植牛黄清热解毒消肿。患者于2024年9月14日出院,肛周红肿消退,范围局限,切口引脓液减少。复查血常规示白细胞 $10.9 \times 10^9/L \uparrow$,中性粒细胞 $7.07 \times 10^9/L \uparrow$,余正常范围。嘱患者清淡饮食,每日进行中药熏蒸,保持肛门口清洁干燥,门诊随访换药。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

使用疼痛数字评分法(NRS)动态评估患者疼痛变化^[7],与医疗团队共享数据,协助调整镇痛方案。患者入院时NRS评分为5分,属中度疼痛,护理记录疼痛性质(如刺痛、胀痛)、诱发/缓解因素及对睡眠、活动的影响。

2.1.2 自理能力评估

采用Barthel指数评估患者日常生活能力^[8],识别照护需求,制定个体化生活协助计划。患者入院评分为70分,属轻度依赖,但术后因疼痛及创面限制降至15分,属完全依赖,需重点关注如厕、体位转移及皮肤清洁的辅助需求。

2.2 护理诊断

肛周疼痛与手术创伤、炎症反应、引流操作刺激有关;体温调节无效(术后感染风险)与白细胞升高、脓肿未完全消退有关;皮肤完整性受损与肛周脓肿切开引流术后切口未愈有关;患者缺乏术后自我护理及预防复发知识,与患者对中医换药、坐浴等操作不熟悉有关;焦虑与病程迁延、久病不愈及跨境就医压力有关;存在潜在并发症,即肛痿形成、伤口感染、出血,与高位脓肿复杂性、引流不彻底有关。

2.3 护理计划

结合本例患者实际及护理评估结果,制定如下护理目标:术后 72 h 内 NRS 评分降至 3 分及以下;出院前患者体温正常,白细胞逐步降至正常范围;术后 2 周切口引流量减少,红肿消退,无脓液渗出;患者及家属掌握伤口护理、中药熏蒸及饮食调理方法;预防并发症(肛痿、感染、出血),门诊随访依从性达 100%。

2.4 护理措施

2.4.1 病情观察

①生命体征监测:术后 72 h 内,每 2 h 测量体温(重点关注午后及夜间发热峰)、脉搏、血压,发现体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 或血压波动 $>20\text{ mm Hg}$ 时,立即报告医生。②创面观察:换药时协助摆放侧卧位并保护隐私,使用标尺测量切口红肿范围,拍照记录渗出液颜色(脓性/血性/浆液性)及气味。③引流管理:每日统计 24 h 引流量($<10\text{ mL}$ 提示可拔管),发现引流管堵塞(表现为局部胀痛+引流量骤减)时,用生理盐水 5 mL 低压冲洗后报告医生。④记录患者 NRS 评分。

2.4.2 情志护理

运用放松技巧,例如听轻柔的音乐、全身肌肉舒缓及交谈等方式来转移患者注意力;实时掌握病人的心理状态,解释疾病的起源、进展和结果,分享成功案例,建立战胜疾病的自信;增强患者之间的对话沟通,以获得感情上的支持。

2.4.3 饮食护理

本例患者饮食宜清淡、少渣,忌食辛辣刺激之品,忌烟酒;宜食清热利湿解毒的食品,如冬瓜、丝瓜及西瓜等,推荐食疗方冬瓜苡仁汤。

2.4.4 用药护理

予患者舒普深 3 g, 每 12 h 静脉滴注(即 08:00、20:00),向患者说明可能引起腹泻、皮疹等症状,输注前后需用生理盐水冲管,记录排便次数(排便次数 >3 次/d,需送检便常规)、皮疹出现部位及严重程度;甲硝唑 0.2 g, 3 次/d 口服(餐后 30 min),告知患者可能产生金属味觉,服药期间禁酒,观察口腔黏膜是否出现白斑(念珠菌感染征象);八宝丹,2 次/d 口服(即 08:00、16:00),强调需整粒吞服,避免与乳制品同服,监测尿量及颜色(深黄色为正常,酱油色提示溶血需停药)。

2.4.5 中医护理技术

2.4.5.1 中药换药技术

治疗方案:分急性期(前 3 d)、缓解期(4 ~

7 d)、收口期三阶段管理。治疗频次:急性期 2 次/d,缓解期 1 次/d,收口期隔日 1 次。疗程管理:疗程共计 14 d,第 7 天行窦道造影评估;腐脱新生期(创面 $\text{PH}>7.4$)停用九一丹。具体操作:冲洗技术:双氧水与生理盐水 1:3 脉冲式冲洗(压力 15 ~ 20 kPa),确保脓腔清洁;药线置入:九一丹药线螺旋填塞,末端外露 1 cm 便于取出;纱条填塞:红油膏纱条松填至脓腔 2/3,外层覆盖无菌纱布。红油膏纱条配制具体如下:基础方包括当归 60 g、紫草 60 g、血竭 20 g、黄蜡 150 g、麻油 500 mL;麻油煎至 240°C 加入当归、紫草,文火熬至焦黄,过滤后加血竭、黄蜡收膏,灭菌纱条浸膏后冷藏保存(有效期 7 d)。护理观察:换药后 30 min 评估局部有无接触性皮炎(红斑、瘙痒),每周监测尿汞含量(警戒值 $>10\text{ }\mu\text{g/L}$)。

2.4.5.2 复方黄柏液熏洗技术

治疗方案:熏蒸($43\sim46^{\circ}\text{C}$) 10 min+淋洗($38\sim40^{\circ}\text{C}$) 5 min, 2 次/d, 疗程共计 14 d。具体操作:熏蒸前评估患者心血管状态(高血压患者慎用热刺激),淋洗后用电吹风低档热风吹干肛周皮肤。操作中注意防止烫伤,注意保暖。

2.4.5.3 中药贴敷技术

适应症:肛周脓肿术后创周红肿热痛明显、炎症未控制;症型分期:本例患者红肿热痛明显,属于急性炎症期,以清热解毒、消肿止痛为主。疗程管理:急性感染连续贴敷 7 d,第 3 日评估疗效调整频次。治疗频次:急性炎症期:2 次/d(晨起、睡前各 1 次),首次 2 h→后续 4 ~ 6 h($\leq 8\text{ h}$);慢性期:1 次/d(夜间留置),6 ~ 8 h/次。具体操作:①定位与清创:以病灶为中心,覆盖红肿区域并外扩 2 ~ 3 cm,渗液区需先清创(双氧水+生理盐水冲洗)。②皮肤清洁:生理盐水棉球从中心向外螺旋式擦拭,避免污染创面。③膏体涂抹与固定:刮涂方法,即竹制刮板沿病灶长轴刮涂基底(厚 0.3 cm),垂直方向加固(总厚 $\leq 0.5\text{ cm}$);蜂巢贴法(渗出性病灶),即针头扎 20 ~ 30 个微孔(孔径 0.3 mm)促进引流;固定,即使用脱脂棉纱布 6 ~ 8 层覆盖,“井”字胶布固定,保持透气性。④黄柏膏应用规范:遵医嘱使用规范制备的黄柏膏(含黄柏、黄连、黄芩等),冷藏保存(有效期为 21 d)。黄柏膏制备的药物组成与炮制,详见表 1,制备流程具体如下:步骤 1:炸料:①麻油加热至 150°C 加入黄柏、黄连及黄芩,文火($110\sim120^{\circ}\text{C}$)炸至药材浮起;②人生大黄继续炸至深褐色(约 40 min),关火

静置降温至 80℃。步骤 2: 滤油: 200 目铜筛过滤药渣, 药油回锅加热至 70℃。步骤 3: 成膏: ①加入黄蜡搅拌至完全溶解, 离火降温至 50℃时, 加入冰片末, 顺时针搅拌 300 次; ②灌装灭菌容器, 冷藏保存(4℃), 有效期为 21 d。护理要点: ①不良反应处理: 贴敷后出现瘙痒/皮疹立即停用, 用马齿苋煎剂(鲜品 200 g+水 1000 mL)冷湿敷; 若贴敷部位出现灼痛则缩短贴敷时间至 2 h, 评估皮肤耐受性。②禁忌症: 体温>38.5℃者需先退热; 血小板<50×10⁹/L 者慎用(避免出血风险)。③操作注意事项: 急性期首次贴敷需密切观察 2 h; 慢性期夜间留置时, 指导患者避免压迫贴敷部位。④患者教育: 教会患者识别异常反应(如皮疹、疼痛加剧), 强调勿自行调整贴敷时间或撕脱纱布。

表 1 黄柏膏药物组成与炮制方法

药材	剂量	炮制要求
黄柏	300 g	盐炙(食盐 5% 拌炒至焦黄)
黄连	150 g	姜汁炙(鲜姜汁浸润 2 h)
黄芩	100 g	酒炙(黄酒闷润 4 h)
生大黄	100 g	醋淬(米醋浸泡后煅制)
冰片	5 g	研末过 200 目筛
麻油	1000 mL	冷榨芝麻油
黄蜡	180 g	蜂蜡精制品

2.4.6 疼痛护理

耳穴埋针选取耳部心穴理气活血、镇惊安神, 肾穴补气固肾, 神门穴镇静安神, 确定酸麻胀痛的触发区域, 然后对这些部位进行清洁处理, 接着使用一次性的无菌揸针(尺寸范围为 0.3~0.9 mm)并将其粘附到对应的位置上, 确保揸针与皮肤表面保持水平状态, 随后向内插入, 直至其完全进入皮层。埋置时间设定为 12 h 之后, 即可拔除, 每天执行此过程 1 次。一天之内可能需要 5~6 次这样的动作, 每回持续 3~5 min, 轻轻地按摩该穴位。3~7 d 为一个周期, 可隔日更换耳穴埋针; 症状改善后, 可间隔 1~2 周再进行下一个疗程, 连续且持久的穴位刺激有助于调整肠胃的功能, 增强身体免疫力, 弥补器官的不足, 促进血液循环, 平衡气的流动。

2.4.7 生活起居保健

每次大便不宜超过 5 min, 大便时不要用力; 保持肛门周围皮肤清洁干燥, 勤换内裤, 不要挤压或碰撞脓肿部位。注意劳逸结合, 增加体育锻炼, 进行提肛运动, 具体方法如下: 深吸气时收缩并向上提肛门, 呼气时缓慢放松肛门, 一收一放算作一

次; 每天早晚各做 20~30 次。不食用油腻辛辣食物, 戒烟戒酒。培养定时大便的习惯, 预防便秘, 大便后用温水清洗肛门或进行中药熏洗; 教会患者肛周创面护理技巧, 提高患者居家生活质量; 发现肛门局部异常, 及时就诊治疗。

2.4.8 康复保健操

循经拍打通腑操: ①首先循经拍打: 按照手阳明大肠经上肢段(手臂外侧前缘)、手太阳小肠经上肢段(手臂外侧后缘)、手少阳三焦经上肢段(手臂外侧尺桡骨之间)的路线, 合拢五指, 并稍微弯曲指关节, 手掌呈空虚状, 从手背开始, 向上拍打手腕、前臂外侧、上臂外侧一直到肩部, 双手轮流进行, 每次进行 15~20 min, 拍打力道要有节奏感, 由轻到重, 感觉局部微胀微红即可。②接着实施腹部推拿: 按照逆时针的路径, 自神阙始至右边, 天枢一大横一滑肉门一太乙一下脘一水分; 然后是左边, 太乙一滑肉门一天枢一大横一外陵一阴交一气海一关元; 最后是右边, 外陵一大横, 使用点、按、揉的方式对穴位进行推拿, 每处穴位推拿的时间应控制在 1~2 min, 直至该部位出现温热感为止。以子午流注学说为依据, 建议操作时间在每日卯时(05:00~07:00)及未时(13:00~15:00)为宜。

2.5 护理评价

疼痛控制: 患者术后 3 d, NRS 评分降至 3 分, 出院前 NRS 评分为 1 分。感染指标: 出院时体温正常, 白细胞从 17.06×10⁹/L 降至 10.90×10⁹/L。疗效评估: 治疗期间每 48 h 测量病灶直径并记录 PH 值, 配合红外热成像监测炎症范围, 出院时患者红肿消退, 引流量减少, 无脓性分泌物。疗效评估标准^[9]: ①显效: 72 h 内红肿消退>50%, VAS 评分下降≥3 分; ②有效: 7 d 内渗液停止, 创缘出现上皮爬行; ③无效: 14 d 无改善或出现脓肿扩大。出院前该患者疗效判定为显效。自我护理能力: 患者可独立完成中药熏蒸, 复述饮食禁忌及换药频率, 出院前 Barthel 指数评分为 80 分。并发症预防: 随访 1 月无肛痿、感染、出血等并发症。

使用 SF-36 健康调查表对患者生活质量进行评估, 这份问卷包含 36 个问题, 涵盖了身体健康、社会功能和整体生活质量等不同方面, 最终得分(0~100 分), 分数越高, 表示患者生活质量越高^[10], 具体分值详见表 2。通过中医外治法和辨证施护, 患者肛周硬块明显消退, 创口脓水减少, 生活质量明显提高, 结局良好, 创面改善情况详见图 1。复查白细胞 10.90×10⁹/L ↑, 中性粒细胞 7.07×10⁹/L ↑。

表2 治疗前后患者生活质量评估

评估时间	生理功能 (PF)	心理健康 (MH)	躯体疼痛 (BP)	总体健康 (GH)	活力 (VT)	社会功能 (SF)	情感角色 (RE)	总评分	标准化总分
治疗前/分	65	50	50	55	60	60	40	480	60
治疗后/分	85	75	80	70	80	75	65	630	78.75
评分变化/分	+20	+25	+30	+15	+20	+15	+25	+150	+18.75

注：标准化总分：总评分按公式（实际总分/最高可能总分×100）计算，最高可能总分为800分（8个维度×100分）。

表3 随访内容及结果

随访时间	随访方式	随访内容	随访结果
术后1个月	门诊复查,肛周MRI	切口愈合评估,深部脓腔吸收情况	切口无红肿,MRI显示脓腔闭合
术后3个月	微信随访群图文问诊	排便功能,疼痛复发情况	排便正常(Bristol4型),NRS评分0分
术后6个月	互联网医院视频问诊	生活质量评估(SF-36),并发症筛查	SF-36总评分82分,无肛瘘、感染及出血
长期随访	微信群定期推送问卷	自我护理依从性,复发预警	患者持续中药熏蒸(3次/周),未再复发



图1 创面改善情况

3 结果和随访

治疗结果:患者术后切口于第28天完全愈合(瘢痕形成,无渗液),深部脓腔经两次肛周MRI(术后1周、4周)确认吸收闭合。疗效判定:出院时判定为“显效”,治疗终点(术后6周)综合评估为“治愈”。结束治疗时间:正式治疗周期为术后住院7 d+门诊换药4周(共35 d)。终止治疗标准:患者切口愈合、感染指标正常($WBC \leq 10 \times 10^9/L$)且SF-36总评分 ≥ 75 分。患者出院后予患者定期随访,随访时间、内容、方式及结果,详见表3。

4 讨论

肛周脓肿被归类于“肛痈”的范围中,其发病原因主要是因为体内积存的热毒转化为火热之力,导致肌肉腐烂并产生脓液。手术后患者可能会因为脉管损伤、气血郁滞和血液淤堵而引发剧烈的疼痛^[11]。肛周脓肿患者在引流后可有效减轻水肿,促进肉芽组织生长^[12-13]。尽管小切口负压引流加冲洗治疗创口较小,但仍为开放性伤口,易受粪便污染和炎症刺激,导致患者不适和疼痛,同时可能伴有焦虑等情绪,对生活质量造成一定影响^[14]。Meta分析显示^[15],护理干预有助于提升患

者术后生活质量。本案例通过对1例高位马蹄形肛周脓肿患者制定围术期快速康复护理干预方案,从饮食、心理、疼痛等方面进行干预,最终提高患者的生活质量,患者在生理、疼痛、健康、情感、精神和社会功能评分上均有所提高。

高位复杂性肛周脓肿术后存在创面易污染、疼痛剧烈等难点,本案例通过“开窗式多切口引流术”控制损伤范围,结合序列化中医外治技术(九一丹提脓祛腐→红油膏生肌→黄柏膏抗炎)形成阶段性干预,显著缩短抗生素使用周期(舒普深应用时间减少3 d),验证中西医协同在减少组织损伤与促进创面修复中的互补价值。耳穴埋针通过持续刺激神门、肾穴等调节自主神经功能,缓解内脏痉挛性疼痛(术后3 d,NRS评分下降66.7%)。复方黄柏液涂剂我院肛肠科术后常用的中药熏蒸中药制剂,其药物组成有黄柏、连翘、金银花、蒲公英、蜈蚣,具有清热解毒,祛腐生肌的功效,作为一种外用涂擦剂,临床上常用于伤口护理^[16]。借助黄柏、连翘等成分的广谱抗菌作用,降低创面菌载量(脓性渗出减少50%需时缩短至4 d),黄柏膏贴敷的蜂巢微孔设计实现“透皮缓释”,维持局部药物浓度,抑制炎症扩散(红肿范围日均缩小1.2 cm²)。基于快速康复理念的个性化干预方案(疼痛阶梯管理+创面分区护理+情志疏导)可打破“疼痛—焦虑—愈合延迟”恶性循环,本案例患者住院时间缩短至14 d(较同类病例平均21 d减少33%),且随访1月无肛瘘等并发症,证实结构化护理对提升生理—心理—社会功能多维生存质量的意义。本研究为单案例探索,未来需扩大样本量验证中医外治技术标准化流程的普适性,并建立脓腔PH值、菌群动态变化等客观指标与中医证型的关联模型,以精准指导临床决策。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 李馨, 朱寅虎, 金大永, 等. 肛管直肠周围脓肿 MRI 多序列成像与手术结果的对比研究[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(6): 723-725, 733.
LI X, ZHU Y H, JIN D Y, et al. Assessment of anorectal abscess with multi-sequence magnetic resonance imaging: comparison with surgical findings [J]. J Colorectal Anal Surg, 2020, 26(6): 723-725, 733. (in Chinese)
- [2] 董翔宇, 杨柳生, 孙登群, 等. 肛周脓肿切开引流术后复发或肛瘻形成的影响因素分析[J]. 武警医学, 2024, 35(10): 857-859, 866.
DONG X Y, YANG L S, SUN D Q, et al. Analysis of influencing factors on recurrence or anal fistula formation after incision and drainage of perianal abscess[J]. Med J Chin People's Armed Police Force, 2024, 35(10): 857-859, 866. (in Chinese)
- [3] SHAIKH A G, SAUNDERS J, SHAH IALI. eP124 perianal abscess rupture and incidence of fistula formation after surgery – PARIS study [J]. Br J Surg, 2025, 112(Supplement_1): znae318. 098.
- [4] AMATO A, BOTTINI C, DE NARDI P, et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: SICCR position statement[J]. Tech Coloproctol, 2020, 24(2): 127-143.
- [5] 毛敏, 钟华. 肛周脓肿手术治疗的两种方式对患者疗效及生活质量的影响[J]. 基因组学与应用生物学, 2018, 37(5): 2194-2199.
MAO M, ZHONG H. The effect of surgical treatment of perianal abscess on the efficacy and quality of life of patients[J]. Genom Appl Biol, 2018, 37(5): 2194-2199. (in Chinese)
- [6] 许晓丽, 韩凯, 令狐庆. 高位虚挂线引流与减压引流法应用于高位肛周脓肿切除术效果及疼痛度评估[J]. 当代临床医刊, 2021, 34(6): 1-2.
XU X L, HAN K, LINGHU Q. Evaluation of the effect and pain degree of high virtual thread-drawing drainage and decompression drainage in high perianal abscess resection [J]. J Contemp Clin Med, 2021, 34(6): 1-2. (in Chinese)
- [7] 黄丽华, 麦爱芳, 骆颖红. 综合护理干预在肛周脓肿患者围手术期对患者并发症发生率的影响[J]. 数理医药学杂志, 2019, 32(7): 1067-1069.
HUANG L H, MAI A F, LUO Y H. Effect of comprehensive nursing intervention on complication rate in perioperative period of perianal abscess patients [J]. J Math Med, 2019, 32(7): 1067-1069. (in Chinese)
- [8] FELZMANN H, FOSCH-VILLARONGA E, LUTZ C, et al. Towards transparency by design for artificial intelligence [J]. Sci Eng Ethics, 2020, 26(6): 3333-3361.
- [9] 宋晓果. 腔内置管负压引流术对高位多间隙肛周脓肿患者预后及并发症的临床观察[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(5): 10-11.
SONG X G. Clinical observation on prognosis and complications of patients with high multi-gap perianal abscess by negative pressure drainage with intracavitary catheter [J]. Cap Food Med, 2019, 26(5): 10-11. (in Chinese)
- [10] GROUP T W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment [J]. Psychol Med, 1998, 28(3): 551-558.
- [11] 吴章. 清热解毒外洗法在肛周脓肿术后的临床应用 [J]. 中医外治杂志, 2018, 27(5): 36.
WU Z. Clinical application of external washing method for clearing away heat and toxic materials after perianal abscess operation [J]. J Extern Ther Tradit Chin Med, 2018, 27(5): 36. (in Chinese)
- [12] 刘洁, 沙巴义丁·吐尔逊, 史志涛. 肛旁置管冲洗联合负压引流对肛周脓肿疗效及肛门功能的影响 [J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(5): 115-118.
LIU J, TursunShahabyedin, SHI Z T. Clinical efficacy of perianal tube washing combined with negative pressure drainage on anal perianal abscess and anal function [J]. China J Mod Med, 2020, 30(5): 115-118. (in Chinese)
- [13] 卢兆辉, 韦明锋, 吴添安. 肛旁置管冲洗联合负压引流在肛周脓肿治疗中的应用效果 [J]. 临床医学, 2020, 40(8): 24-27.
LU Z H, WEI M F, WU T A. Effect of perianal tube washing combined with negative pressure drainage on perianal abscess [J]. Clin Med, 2020, 40(8): 24-27. (in Chinese)
- [14] 陆洪芬. 健康教育和心理护理对肛周脓肿患者的应用效果及生活质量评价 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(31): 73.
LU H F. Application effect and quality of life evaluation of health education and psychological nursing for patients with perianal abscess [J]. Electron J Clin Med Lit, 2020, 7(31): 73. (in Chinese)
- [15] 王海燕, 万健, 范叶君, 等. 护理干预对肛周脓肿

术后患者生活质量影响的Meta分析[J]. 河南大学学报(医学版), 2021, 40(4): 277-282.

WANG H Y, WAN J, FAN Y J, et al. A meta-analysis of the effect of nursing mode on the quality of life of patients after perianal abscess operation[J]. J Henan Univ Med Sci, 2021, 40(4): 277-282. (in Chinese)

[16] 张伟, 于占江, 金立. 清热解毒活血通络方联合复

方黄柏液对糖尿病足患者的疗效分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(12): 177-181.

ZHANG W, YU Z J, JIN L. Efficacy of Qingre Jiedu Huoxue Tongluo formula combined with Fufang huangbai liquid for diabetic foot[J]. Chin J Exp Tradit Med Formulae, 2016, 22(12): 177-181. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。