

肛窦切开并肛腺切除术联合中药熏洗治疗 肛窦炎临床观察*

梁靖华^{1**} 苏红波² 孙兴伟¹ 孙林梅¹ 宋磊¹ 魏妮¹

(1. 西安市中医医院 陕西 西安 710021; 2. 陕西中医药大学 陕西 咸阳 712046)

摘要:目的 观察肛窦切开并肛腺切除术联合中药熏洗治疗肛窦炎的临床疗效。方法 选择符合标准的肛窦炎患者120例,随机分为治疗组和对照组,治疗组采用肛窦切开并肛腺切除术,术后采用中药熏洗,对照组采用普济痔疮栓配合九华膏纳肛治疗,并对两组患者治疗前后肛门疼痛、肛门不适感、瘙痒等方面进行评分,经统计学处理对比分析组间差异。结果 治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$);治愈病例平均疗程低于对照组($P < 0.01$);复发率低于对照组;在治疗1周后,对照组的肛门疼痛、不适及潮湿程度评分均低于治疗组($P < 0.05$);在治疗2周后、治疗1月后,治疗组的肛门疼痛、不适及潮湿程度评分均低于对照组($P < 0.05$)。结论 ①肛窦切开并肛腺切除术在治疗1周内,疗效低于对照组,考虑与手术损伤有关;②在治疗2周后及治疗1月后,肛窦切开并肛腺切除术疗效优于对照组;③肛窦切开并肛腺切除术可提高肛窦炎的治愈率、缩短疗程、降低复发率,疗效确切,值得临床推广。

关键词: 肛窦炎; 肛腺; 手术

中图分类号: R266 文献标识码: B 文章编号: 1672-0571(2016)04-0041-05

DOI: 10.13424/j.cnki.mtem.2016.04.017

Clinical Observation of Anal Sinusitis by Anal Sinus and Anal Gland Excision and Incision Combined with Herbal Fumigation Therapy

Liang Jinghua¹, Su Hongbo², Sun Xingwei¹, Sun Linmei¹, Song Lei¹, Wei Ni¹

(1. Chinese Medicine hospital of Xi'an city, Xi'an, 710021, China;

2. Shaanxi University of Chinese Medicine, Xian Yang, 712046, China)

Abstract Objective To observe the clinical efficacy of anal sinusitis by anal sinus incision and anal gland excision and combined with herbal fumigation therapy. **Methods** 120 patients with anal sinusitis were randomly divided into treatment group and control group, the treatment group were given anal sinus incision and anal gland excision after surgery, herbal fumigation was administrated. The control group was applied PuJi Hemorrhoids suppository combined with JiuHua paste. Anal pain, anal discomfort, itching and other aspects before and after surgery were rated in two groups. **Results** The total effective rate in treatment group was higher than in control group ($P < 0.05$); Average course of treatment of treatment group was lower than that of control group ($P < 0.01$) and the recurrence rate is lower than the control group. After 1 week of treatment, the anal pain, discomfort and moisture level scores in control group were lower than that in the treatment group ($P < 0.05$); after 2 weeks and 1 month of treatment the anal pain, discomfort and moisture level scores in treatment group were lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusions** (1) the effect of anal sinus incision and anal gland excision in the treatment after one week is less than that in the control group, due to the surgical injury; (2) after 2 weeks and 1 month of treatment, anal sinus incision and anal gland excision is more effective than that in

* 基金项目: 陕西省科学技术研究发展计划项目(2014K11-03-03-04)

** 通讯作者: 梁靖华(1996-),男,主任医师,研究方向: 中医肛肠病学。E-mail: liangjinghua0918@126.com

control group; (3) anal sinus incision and anal gland excision can improve anal sinusitis cure rate, shorten the course, reduce the relapse rate and effective, worthy of promotion.

Keywords Anal sinusitis; Anal glands; Surgery

肛窦炎是指发生于肛门瓣、肛窦及肛门腺内的急、慢性炎症性疾病,又称肛隐窝炎,由于炎症刺激,该病常合并肛乳头炎、肛乳头肥大^[1]。临床上多以肛门疼痛、异物感、肛门坠胀伴会阴部不适、瘙痒等为主要表现,由于个体差异较大,每位患者的主要症状不一样。它具有病程长,易复发,疗效差,易影响情志,造成心理疾病等特点。近五年来,我科门诊及住院患者中,以“肛窦炎”为第一诊断或伴随该病的患者逐年增多。我科采取肛窦切开并肛腺切除术治疗肛窦炎,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2014年1月~2015年6月间在我院肛肠科门诊就诊的患者中筛选出符合标准的患者120例,随机分为两组进行观察研究,治疗组60例采用肛窦切开并肛腺切除术治疗,其中男性12例,女性48例,年龄23~65岁,平均年龄49.4岁,病程1周~24个月,平均3.2个月;对照组60例采用普济痔疮栓结合九华膏纳肛治疗,其中男性13例,女性47例,年龄22~65岁,平均年龄48.4岁,病程1周~23个月,平均3.3个月;两组患者一般资料没有可比性($P < 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]《中医肛肠科学》^[1]及《中西医临床肛肠病学》^[3]有关肛窦炎的诊断标准制定如下:①临床症状:肛门疼痛或隐痛(可放射至臀部或者会阴部),坠胀,排便不尽感,大便带黏液,伴肛周潮湿、瘙痒等(具有一项或多项);②肛门指诊:病变肛窦处有压痛,可触及硬结或凹陷,肛瓣隆起,触痛明显,或可触及肥大的肛乳头;③肛肠镜检查:镜下可见到肛窦、肛门瓣充血、水肿,轻压病窦处可见有黏液或脓性分泌物溢出,可伴旁侧肛乳头红肿肥大;④探针检查:探查肛隐窝时,将有头探针弯曲状探查肛隐窝,可有少量脓液排出。

1.3 纳入标准 ①年龄18岁~75岁;②符合肛窦炎的诊断标准,在签署知情同意书的条件下,完全自愿接受与配合治疗。

1.4 排除标准 ①患有肛门部其它疾病者(如混合痔、肛裂、肛周湿疹、肛痿、肛周脓肿等病);②肛

门部手术史患者;③妊娠及哺乳患者;④有心脑血管、肝、肾、肺和造血系统疾病、糖尿病、精神疾病及合并其他痛症的患者;⑤肛窦先天发育异常的患者;⑥吸毒或滥用镇痛药物者;⑦瘢痕体质者。

2 治疗方法

详细询问病史,明确并记录所有患者肛窦炎发生的位置及感染肛窦的数目和各项症状评分。进行健康教育,详细告知患者生活、工作注意事项。治疗期间均清淡饮食,忌食辛辣刺激性食物及腥膻发物,禁烟、酒及剧烈户外活动,保持大便规律、通畅。

2.1 治疗组 完善住院常规检查,排除手术及麻醉禁忌者。详细告知患者住院期间注意事项。与患者沟通,让其了解手术过程,签麻醉及手术同意书并配合治疗。

2.1.1 术前准备 术前一天采用半流质饮食,手术前清洁洗肠1次,建立静脉通道。采用鞍麻的麻醉方式,在手术室进行手术。患者取截石位,手术区域以Ⅲ型安尔碘消毒3遍,铺无菌消毒巾。

2.1.2 手术步骤 ①第Ⅰ、Ⅱ助手用3把组织钳钳夹肛管与皮肤连接处3、7、11点(若与感染肛窦位置冲突,选择相邻位点),协助术者暴露术野。②术者用手术刀在感染肛窦处作纵行切口,长约1cm(从齿线上0.6cm的直肠粘膜至齿线下0.4cm的肛管皮肤),在10倍放大镜下清除感染的肛腺及其导管,结扎出血点。③用弯钳夹住切口一侧肛管及粘膜,连同增生的肛乳头一起结扎,同法处理另一侧肛管及粘膜。④然后用同样的方法处理其他感染肛窦及肛腺组织。术后凡士林纱条肛塞,肛内留置排气管,纱布加压包扎并留置24h。

2.1.3 术后护理 术后6h开始进半流食,24h拔除排气管后改善食,手术当天及术后1天给予广谱抗生素静滴预防感染。术后5天出院。拔除排气管后用Ⅲ型安尔碘消毒肛周及肛管、直肠部3次,将蘸有九华膏(陕药管制字(2001)第1768号,产品批号:20140114)的普济痔疮栓(山东新时代药业有限公司生产,批准文号:国药准字Z20030093)纳入肛内,深度以距肛门2cm为宜。每日换药2次,直至症状消失。同时配合中药熏洗。出院前详

细告知家属换药的操作要领及注意事项,出院后由家属代为换药,隔3~5天到医院复查。

2.2 对照组 详细告知家属换药的操作要领及注意事项,由家属代为换药,用Ⅲ型安尔碘消毒肛周及肛管、直肠部3次,将蘸有九华膏的普济痔疮栓纳入肛内,深度以距肛门2cm为宜。每日换药2次,直至症状消失,隔3~5天到医院复查。

3 疗效观察

3.1 观察指标 两组患者治疗前、治疗1周后、治疗2周后、治疗1月后疼痛程度:评价标准采用NPIS数字疼痛分级法(Number Pain Intensity Scale)评估,疼痛患者本人判断,用数字0~10记录。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。

两组患者治疗前、治疗1周后、治疗2周后、治疗1月后肛门不适(包括排便不尽感、肛内有异物感或下坠感、里急后重感)、肛门潮湿程度:评价标准采用患者答卷评分的方式,将程度分为5级:0分-无;1分-轻度(偶尔);2分-中度(频繁但可忍受);3分-重度(频繁并影响生活);4分-难以忍受(持续性的,不能正常生活)。

两组治愈病例疗程比较(单位:天)。

治疗组与对照组半年后复发情况:在肛窦炎原来发病部位再次发病视为复发。

3.2 疗效判定标准 治疗1月后(将1月视为最长疗程,若在1月内治愈,即可停止治疗)参照《中医病症诊断疗效标准》中肛窦炎的疗效判定标准给予评价:治愈,指患者肛肠镜检查显示体征无异常,各项临床症状完全消失;显效,指患者指诊和肛肠镜检查显示体征无明显异常,但偶有肛门不适(包括排便不尽感、肛内有异物感或下坠感、里急后重感)、疼痛、肛门潮湿;好转,指患者有肛门不适、疼痛、肛门潮湿等症状,各项体征和临床症状有所改善;无效,指患者各项体征和临床症状未见任何改善,甚至有所加重,需要接受其他治疗。总有效率为治愈加显效加好转。

3.3 统计学方法 收集所有资料并整理,经SPSS20.0统计软件进行分析,实验数据采用均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组计量资料比较采用两独立样本t检验,计数资料采用2检验,以 $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义的标准。

4 结果

4.1 治疗组与对照组总疗效比较 治疗组在术后

1月的总有效率为91.7%,对照组在治疗1月后的总有效率为70%,经t检验 $P < 0.05$,有统计学意义。(见表1)。

表1 两组临床疗效比较 (n)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	60	31	15	9	5	91.7*
对照组	60	13	15	14	18	70.0

注:与对照组比较,* $T=0.003$, $P < 0.05$

4.2 治疗组与对照组肛门疼痛程度比较 两组病例在治疗前肛门疼痛程度无可比性,在治疗1周后,对照组的肛门疼痛程度评分低于治疗组($P < 0.05$);在治疗2周后、治疗1月后,治疗组的肛门疼痛程度评分均低于对照组($P < 0.05$) (详见表2)。

表2 两组肛门疼痛程度比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	n	治疗组(分值)	对照组(分值)	T	P
治疗前	60	5.22 ± 0.87	5.32 ± 0.78	-0.663	>0.500
治疗1周后	60	4.56 ± 0.76	4.26 ± 0.81	2.092	<0.050
治疗2周后	60	2.24 ± 0.65*	3.46 ± 0.77	-9.378	<0.001
治疗1月后	60	0.85 ± 0.58*	1.85 ± 0.75	-8.170	<0.001

注:与对照组比较,* $P < 0.001$ 。

4.3 治疗组与对照组肛门不适程度比较 两组病例在治疗前肛门不适程度无可比性,在治疗1周后,对照组的肛门不适程度评分低于治疗组($P < 0.05$);在治疗2周后、治疗1月后,治疗组的肛门不适程度评分均低于对照组($P < 0.05$)。(详见表3)。

表3 两组肛门不适程度比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	n	治疗组(分值)	对照组(分值)	T	P
治疗前	60	2.87 ± 0.91	2.92 ± 0.89	-0.304	>0.500
治疗1周后	60	2.76 ± 0.88	2.16 ± 0.71	4.110	<0.001
治疗2周后	60	1.46 ± 0.65*	1.76 ± 0.69	-2.451	<0.020
治疗1月后	60	0.88 ± 0.46*	1.24 ± 0.71	-3.296	<0.002

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

4.4 治疗组与对照组肛门潮湿程度比较 两组病例在治疗前肛门潮湿程度无可比性,在治疗1周后,对照组的肛门潮湿程度评分低于治疗组($P < 0.05$);在治疗2周后、治疗1月后,治疗组的肛门潮湿程度评分均低于对照组($P < 0.05$)。(详见表4)。

4.5 治疗组与对照组治愈病例疗程比较 治疗组治愈31例,最短疗程8天,最长疗程30天,平均疗程(10.15 ± 1.86)天,对照组治愈13例,最短疗程12天,最长疗程30天,平均疗程(16.56 ± 2.46)

天, 两组疗程经 t 检验, $T = -9.466$, $P < 0.001$, 有显著性差异。(详见表 5)。

表 4 两组肛门潮湿程度比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	n	治疗组(分值)	对照组(分值)	T	P
治疗前	60	2.37 ± 0.83	2.41 ± 0.81	-0.267	>0.500
治疗 1 周后	60	2.17 ± 0.78	1.82 ± 0.63	2.704	<0.020
治疗 2 周后	60	1.03 ± 0.52*	1.31 ± 0.55	-2.865	<0.010
治疗 1 月后	60	0.56 ± 0.32*	0.93 ± 0.46	-5.115	<0.001

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

表 5 两组治愈病例平均疗程比较 (d) ($\bar{x} \pm s$)

组别	治愈病例数	最短疗程	最长疗程	平均疗程
治疗组	31	8	30	10.15 ± 1.86
对照组	13	12	30	16.56 ± 2.46

注: 与对照组比较 $P < 0.001$ 。

4.6 治疗组与对照组复发例数比较 两组病例半年后随访, 治疗组未发现复发病例, 对照组有 5 例复发病例, 对照组复发率为 38.5%, 具有显著性差异。(详见表 6)。

表 6 两组复发例数比较 (n)

组别	治愈	复发	未复发	复发率(%)
治疗组	31	0	31	0.00
对照组	13	5	8	38.5

5 讨论

肛窦炎属中医“脏毒”范畴, 本病的发生是由于饮食不节, 过食辛辣刺激食物、膏粱厚味等, 湿热内生, 浊气下注肛门; 或过于劳累, 损伤正气, 毒邪汇聚于肠, 或肛肠湿毒热结, 气血瘀滞; 或脾虚、中气不足或肺肾阴虚、湿热乘虚下注郁久, 酝酿而成; 或因虫积扰窜, 破损染毒而成; 或大便干燥, 便秘损伤肛管, 致使气滞血瘀, 阻塞经络; 或因泄泻和痢疾等病湿、热、毒下注肛门, 发为本病^[4]。本病的主要病机可归纳为气血瘀滞, 不通则痛; 湿热下注, 中气不足, 则坠胀不适; 湿浊失敛则渗液致肛门潮湿等。

西医学对本病的病因归纳为损伤与感染、肛窦先天发育异常、性激素的影响。肛窦的生理解剖结构较为特殊, 如果排便次数增多, 大便质硬损伤肛管, 或患腹泻、肠炎、痢疾、便秘等疾病, 均易刺激、损伤肛窦, 引发该病。笔者近几年发现曾在外院行手术治疗的百余例肛肠病患者术后也出现肛门疼痛、不适或者肛门潮湿等类似“肛窦炎”的临床表现, 这种现象多见于 PPH 术后, 笔者认为此病也属于“肛窦炎”范畴。机理是手术损伤肛瓣、肛腺导管或部分肛腺, 或者术后瘢痕较大、质硬, 导致肛腺内粘液分泌不畅, 加之肠内细菌感染, 发为本病。同时也给我们一个启发: 手术过程中应小心仔细,

勿损伤正常的肛瓣、肛窦和肛腺。近三年我科的统计结果显示, 本病多发于绝经期女性, 绝经期女性约占肛窦炎总发病人数的 45%。苏红波等^[5]对 30 例绝经期肛窦炎患者与 30 例绝经期健康者进行性激素六项测定, 发现肛窦炎患者血清睾酮含量较低, 由此可推断血清睾酮含量降低是导致绝经期肛窦炎的内在原因。

肛窦炎的治疗方法多种多样, 大多数医家主张保守治疗^[6-10], 包括中医辨证施治、灌肠疗法、熏洗坐浴法、药物纳肛法、微波理疗、针灸、推拿等, 多采用综合疗法加以治疗。但保守治疗效果不甚理想, 患者停药后病情极易反复, 并且该病长期反复发展, 容易造成心理方面的影响, 导致患者不能正常工作和休息, 生活质量严重下降。一些医家主张手术治疗^[11-13], 包括肛窦切除加扩创术、肛窦切开引流术, 但这两种术式均未明确处理感染的肛腺, 导致手术效果不明确。笔者认为, 肛腺是肛窦炎难治、易发的根源, 只有彻底切除感染肛腺, 才能提高肛窦炎的治愈率。切开感染的肛窦, 一方面可保证创面引流通畅, 另一方面方便了术者在直视下清除感染的肛腺及导管, 二者相互促进, 保证了手术效果, 提高了该病的治愈率。

术后护理也是很重要的一环, 中药熏洗具有活血化瘀、消肿止痛的, 可以促进伤口尽早愈合。本研究所采用熏洗方剂是我科经过多年筛选, 总结出的有效方剂, 主要药物为槐花、地榆炭、马齿苋、黄柏、苍术、紫花地丁、丹皮、蒲公英、乳香、没药、黄芪、三七、炙甘草等。将其打成粉末, 用无纺布小袋包装, 每次便后用 1 袋, 加水 500 ml 浸泡, 先熏后洗。方中槐花、地榆炭凉血止血, 马齿苋、黄柏、苍术清热燥湿, 紫花地丁、丹皮、蒲公英清热解毒、凉血消肿止痛, 乳香、没药活血化瘀止痛, 黄芪、三七益气养血、敛疮生肌, 甘草调和药性, 诸药合用, 共奏清热燥湿解毒、活血化瘀生肌、消肿止痛之功。

栓剂配合九华膏纳肛是我科常用的保守治疗方法, 主要适用于三期以下混合痔、早期肛裂、早期及不适宜做手术的肛窦炎患者。普济痔疮栓的主要成分为熊胆粉、冰片、猪胆粉、熊胆苦寒, 具有清热解毒、抗炎抑菌、活血化瘀、止痛止血等功效, 《本草蒙筌》云“味极苦, 性恶地黄防己。任为丸散, 勿用煎汤。治男妇时气热蒸, 变为黄疸; 疗小儿风痰壅塞, 发出惊痫。驱五疳杀虫, 敷恶疮散毒。痔病久发不愈, 涂之立建奇功。”说明了熊胆具有极强

的解毒消炎的功效。猪胆粉和熊胆粉作用相近,二药协同作用,增强清热解毒、消肿止痛的功效。冰片古称龙脑香,具有清热泻火、止痛、抗菌、抗炎作用,正如《医林纂要》所记载“冰片主散郁火,能透骨热……性走而不守,亦能生肌止痛。”冰片还是一种的透皮促进剂,周文浴发现冰片在适宜温度(37.0~38.0℃)经皮肤、黏膜吸收,而且增加了其他药物的血浆浓度^[14]。九华膏为我院自制药,自投产以来,取得了较好的疗效。它采用朱砂、滑石、冰片、麝香、硼砂等药物加工而成,主药成分为氧化硅和氧化镁,还有少量氧化铁、氧化铝等。该药具有生肌、活血化瘀、止痛、消肿、润肤等多种功能,现代药理学表明,九华膏有抑菌作用,能够修复和保护黏膜,并能增强机体抵抗力^[15]。普济痔疮栓配合九华膏纳肛能够使药物直接作用于炎症部位,较好的发挥消炎止痛、清热消肿的功效。

临床中常遇到某些患者痛苦的感觉很明显,但是指诊检查和肛门镜检查,局部症状很轻,甚至无阳性体征,这应属于“肛门直肠神经症”。该病属“肠郁”范畴,多伴有焦虑、情绪波动大、精神恍惚等精神症状,极为难治,属“世界性难题”。肛窦炎发病后若不及时治疗,或者未坚持用药导致病情反复,长期发展,可导致肛门直肠神经症,增加了治疗难度。针对符合适应症的患者早期开展肛窦切开并肛腺切除术,可提高该病的治愈率,避免了脓肿及肛瘘的形成,减轻了患者痛苦和经济负担。尽管手术组患者采取很严格的执行标准,手术过程也均由资深主任医师主刀,仍有一些患者术后症状并未改善(无效率为8.33%),这与前期研究结果相一致^[16]。笔者认为原因如下:①由于个体差异,肛腺及其导管分支各种各样,加之有些分支极其微小,不能保证肛腺结构全部清除,以致影响手术效果;②术后一周内,由于创面刺激,患者的主观症状较术前加重,降低了患者治愈该病的信心,影响了手术效果;③有些患者未严格按照健康教育的内容执行,过早吸烟、食用辛辣食物,影响术后疗效。

该研究也存在一些不足:①两组患者所处环境不同,肛窦切开并肛腺切除术(治疗组)住院治疗,普济痔疮栓配合九华膏纳肛(对照组)自行在家治疗,由于生活、作息的不一致,难免对研究有偏差,我们对两组患者均进行健康教育和心理辅导,将这种误差降到最小;②治疗组术后用抗生素2天,对

照组未用。笔者认为肛窦炎发病部位在齿线处,静滴抗生素对肛窦炎的治疗作用微乎其微,从现有的文献资料来看,也未发现通过静滴抗生素来治疗此病的方法。

综上所述,肛窦切开并肛腺切除术联合中药熏洗提高了肛窦炎的治愈率,降低复发率,解除了患者病痛,是治疗肛窦炎的新方式。

参考文献

- [1]何永恒,凌光烈.中医肛肠科学[M].北京:清华大学出版社,2012:145.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:142.
- [3]李国栋.中西医临床肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,1996:115.
- [4]周建华.肛肠病临床诊断[M].北京:科学技术文献出版社,2006:67.
- [5]绝经期肛窦炎患者性激素水平观察[J].中国肛肠病杂志,2015,35(8):30-31.
- [6]胡丽霞,杨苏琴.白头翁汤加味口服配合九华膏纳肛治疗肛窦炎40例[J].实用中西医结合临床,2013,13(2):84-85.
- [7]张龙江.观察运用美辛唑酮栓联合中药灌肠治疗肛窦炎的临床疗效[J].中国现代药物应用,2013,7(1):71-72.
- [8]魏旭凤.龙胆泻肝汤配合微波理疗治疗肛窦炎80例[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(6):65-66.
- [9]宋京英,郭丽霞.针刺为主治疗肛窦炎38例[J].中国针灸,2002,22(10):712.
- [10]刘鹏.推拿治疗肛窦炎84例临床观察[J].中国社区医师,2005,21(4):37-38.
- [11]梁晓东.肛窦切除加扩创术治疗肛窦炎60例[J].内蒙古中医药,2010,22(16):86-87.
- [12]徐征,赵义群,李文峰.肛窦切开引流术治疗肛窦炎334例临床分析[J].四川医学,2012,33(8):1426-1427.
- [13]李玉,王金华,张玲,等.两种不同术式治疗肛窦炎的疗效观察[J].实用医学杂志,2009,25(4):656-657.
- [14]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2009:490-491.
- [15]廖培松.消炎外敷液治疗创伤感染800例临床观察[J].广州中医药,1998,8(4):21-22.
- [16]刘婧,梁靖华.肛窦切开并肛腺切除术治疗肛窦炎45例[J].中国肛肠病杂志,2014,34(8):37-38.

(投稿时间:2016-04-07 编辑:邢玉瑞)