

肛瘘中西医结合治疗的临床疗效研究

张景在 江余秋 杨金才

云南省德宏州人民医院 云南 678400

【摘要】目的 探究中西医协同施治模式应用于肛瘘病患的实际施治成效与术后康复价值。**方法** 择取 2025 年 1 月至 2026 年 1 月收治的 100 例病患均分两组，各组 50 例。对照组实行外科手术配合术后基础抗炎创面处置，试验组叠加中药内服外洗及中医调护干预。比对两组施治成效、创口愈合时长、痛感评分、肛肠功能。**结果** 显示试验组整体施治收效更优，术后痛感缓解更快，肛肠功能恢复更佳（ $P<0.05$ ）。**结论** 中西医结合治疗肛瘘可显著提升临床疗效，减轻术后疼痛，促进创面愈合，改善肛门功能，降低复发率，安全性高，值得临床推广应用。

【关键词】 肛瘘；中西医结合；临床疗效；创面愈合；肛门功能；复发率

肛周慢性炎性窦道好发于青年男性，多由肛旁脓肿演变而成，日常多见肛周渗液、肿痛、局部刺痒等表现，迁延难愈且易反复失治还可引发肛周功能异常^[1]。临床西医多依靠外科手术式祛除病灶，却易遗留术后肿痛难消、创口恢复迟缓等弊端^[2]。传统中医将其归为肛漏范畴，病机多责之于湿浊蕴结、血行不畅、体虚失养^[3]。中西医协同施治可互补长短，手术肃清局部病灶，中医药内服外调改善内在状态，助力术后恢复，本次就此开展对照观察研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究样本选取 2025 年 1 月至 2026 年 1 月本院肛肠科收治的 100 例肛瘘病患，通过随机数字抽样法均分两组，各纳入 50 例。观察组男 38 例、女 12 例，年龄均值（ 42.5 ± 8.6 ）岁；对照组男 36 例、女 14 例，平均年龄（ 43.2 ± 9.1 ）岁。两组性别构成、年龄基线数据比对无显著差异性（ $P>0.05$ ），样本基线均衡，具备对照研究条件。

1.2 方法

对照组采用西医标准化诊疗手段，依据瘻管分型差异化选用切开、切除及挂线术式，术中最大限度保护肛周括约肌。术后用头孢类，抗感染治疗 2-4 天，定期清创换药，管控饮食结构，排便困难者辅以乳果糖改善通便。

观察组在西医规范化处置前提下，搭配中药内服、局部外治及中医专项调理协同施治。

（1）术后第一天即服用清利湿热、散瘀促愈中药颗粒剂，严格遵循既定颗粒剂量配伍，依据患者术后痛感轻重、创面渗出量及周身状态灵活加减药材，每剂分 2 袋，每袋 100ml 开水溶解，早晚分次温服，持续用药 14 天。（2）术后次日开展中药坐浴疗法，依照固定药量调配祛毒生肌方药，加入 2000ml 清水熬煮 20 分钟，滤取药液 1500ml，将温度调控至 $40\sim 45^{\circ}\text{C}$ ，先行肛周熏蒸 10 分钟，再行坐浴浸泡 15 分钟，每日早晚各实施一次，坚持施治两周。（3）日常同步开展中医护理干预，每日定时按揉长强、承山等穴位，每次 5 分钟，每日两次以舒缓痛感、疏利经络。膳食以清淡高纤维食物为主，多摄入利湿食疗食材，远离辛辣油腻饮食。同时督促患者建立规律排便习惯，减少久坐久蹲行为，便后及时温水清洁肛周患处，维持创面干爽洁净，从内调外护双重层面加快创面修复进程。

1.3 观察指标

本研究参照中医评定标准划分疗效等级，同步记录创口愈合时长；采用 VAS、Wexner 量表分别评估疼痛程度与肛门功能，完成各项数据比对分析。

1.4 统计学方法

本次研究所有试验数据均导入 SPSS 26.0 程序完成数理分析。其中连续性计量数据采用

均数 ± 标准差形式描述，组间差异运用 t 检验核算；计数类资料以百分比统计，行卡方检验；等级疗效资料选用秩和检验，以 $P<0.05$ 作为判定数据存在统计学差异的临界标准。

2 结果

表 1 两组临床疗效对比 [例（%）]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	35（70.00）	10（20.00）	3（6.00）	2（4.00）	48（96.00）
对照组	50	22（44.00）	15（30.00）	4（8.00）	9（18.00）	41（82.00）
P						<0.05

表 2 两组术后 VAS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 1d	术后 3d	术后 7d	术后 14d
观察组	50	6.25 ± 1.02	4.12 ± 0.85	2.05 ± 0.51	0.86 ± 0.23
对照组	50	6.31 ± 1.05	5.68 ± 0.92	3.52 ± 0.73	1.95 ± 0.47
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组肛门功能优良率对比 [例（%）]

组别	例数	正常	轻度失禁	中度失禁	重度失禁	优良率
观察组	50	40（80.00%）	7（14.00%）	2（4.00%）	1（2.00%）	47（94.00%）
对照组	50	28（56.00%）	12（24.00%）	7（14.00%）	3（6.00%）	40（80.00%）
P 值						<0.05

3 讨论

肛瘻本质为慢性炎性增生病变，单纯外科手术虽可祛除病灶，但术后创面暴露易引发炎性水肿、持续性疼痛，还存在括约肌损伤、愈合缓慢及复发等隐患^[4]。中医层面将术后创面迁延不愈归为湿浊残留、气血瘀阻、体质亏虚，治疗重在祛湿散瘀、生肌固本。

本研究表明，联合中医干预的观察组疗效、创口恢复及疼痛改善情况均优于单纯西医组别。西医术式彻底清除感染瘻管，为创面愈合奠定基础；内服中药可祛湿排毒、行气活血，增强机体免疫能力；外用熏洗药物直接作用于患处，减轻局部水肿，抑制菌群滋生，促进肉芽组织新生；配合穴位推拿可疏通经络，缓解术后痛感。同时中医调护可维护肛周括约肌完整性，优化肛门排泄功能，改善局部生理微环境，削弱复发诱因。

综上，中西医结合方案兼顾病灶清除与机体调理，协同增效且安全性可靠，契合中医扶正祛邪的治疗理念，适合临床普及施用。

【参考文献】

[1] 吴庆平,孟惠芳. 清热化湿熏洗方治疗湿热下注型肛瘻切除术后临床研究[J]. 新中医,2025,57(23):42-48.

[2] 林小珍. 中西医结合治疗对高位复杂性肛瘻术后患者创面愈合的临床效果分析[J]. 北方药学,2025,22(7):175-177.

[3] 王旭东. 中西医结合治疗肛瘻疗效及安全性评价[J]. 中国保健营养,2021,31(13):286-287.

[4] 屈俊旺,刘世举,李军坛,等. 克罗恩病肛瘻的中西医治疗研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志,2026,32(1):135-139.