清热利湿解毒方对肛周脓肿的辅助疗效及对炎症、创面愈合的影响

张晗玥[1,2]，张相安[1*]，安永康[1]，郭海霞[1]
（1. 河南中医药大学第一附属医院肛肠科，河南郑州 450000；2. 河南中医药大学第一临床医学院，河南郑州 450000）

摘要：目的 探讨清热利湿解毒方辅助治疗肛周脓肿患者的效果，分析其对炎症反应、创面愈合的影响。**方法** 选取2023年4月至2024年4月我院肛肠科收治的肛周脓肿患者为研究对象，随机分为对照组和观察组。两组均接受肛周脓肿根治术，对照组术后予高锰酸钾坐浴联合常规抗感染治疗，观察组加用清热利湿解毒方熏洗治疗，疗程均为2周。比较两组临床疗效、中医证候积分、炎症因子、生长因子、创面愈合指标、肛门功能指标及不良反应。**结果** 观察组总有效率高于对照组（91.67% vs. 80.00%），差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，观察组中医证候积分低于对照组（$P<0.05$），血清炎症因子水平均低于对照组（$P<0.05$），生长因子水平高于对照组（$P<0.05$）。观察组渗液消失时间、水肿消失时间、创面愈合时间短于对照组（$P<0.05$）。观察组创面愈合指标、肛门功能指标水平低于对照组（$P<0.05$）。两组不良反应发生情况无显著差异（$P>0.05$）。**结论** 清热利湿解毒方辅助可减轻肛周脓肿患者术后炎症反应，促进创面愈合及肛门功能恢复。

关键词：肛周脓肿；清热利湿解毒方；炎症因子；创面愈合；肛门功能
中图分类号：R266；R445.1 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188(2025)12-1276-007
引用：张晗玥, 张相安, 安永康, 等. 清热利湿解毒方对肛周脓肿的辅助疗效及对炎症、创面愈合的影响[J]. 世界临床药物, 2025, 46(12): 1276-1282. DOI：10.13683/j.wph.2025.12.012

The auxiliary therapeutic effect of the Qingre Lishi Jiedu decoction formula on perianal abscess and its influence on inflammation and wound healing

ZHANG Hanyue[1,2], ZHANG Xiang'an[1*], AN Yongkang[1], GUO Haixia[1]
(*1. Department of Proctology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, Henan Province, China; 2. The First Clinical College of Medicine, Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, Henan Province, China*)

Abstract: ***Objective*** To explore the effect of the Qingre Lishi Jiedu decoction formula as an adjunctive treatment for patients with perianal abscess, and to analyze its influence on inflammatory response and wound healing. ***Methods*** Patients with perianal abscess admitted to the anorectal department of our hospital from April 2023 to April 2024 were selected as the research subjects and randomly divided into the control group and the treatment group. Both groups underwent radical resection of perianal abscess. The control group was given potassium permanganate sitz bath combined with conventional anti-infection treatment after the operation, while the treatment group was also treated with fumigation and washing with the Qingre Lishi Jiedu decoction. The treatment course for both groups was 2 weeks. The clinical efficacy, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, inflammatory factors, growth factors, wound healing indicators, anal function indicators and adverse reactions of the two groups were compared. ***Results*** The total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group (91.67% vs. 80.00%), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome score of the treatment group was lower than that of the control group ($P<0.05$), the

收稿日期：2025-07-21
作者简介：张晗玥，硕士，住院医师，研究方向：中医药防治肛肠疾病研究。
通信作者：张相安，博士，主任医师，研究方向：中医药防治肛肠疾病研究。
基金项目：河南省中医药重点学科建设项目(CZ-0404-08)

levels of serum inflammatory factors were all lower than those of the control group ($P<0.05$), and the level of growth factors was higher than that of the control group ($P<0.05$). The disappearance time of exudate, edema and wound healing time in the treatment group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). The levels of wound healing indicators and anal function indicators in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the occurrence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). ***Conclusion*** The Qingre Lishi Jiedu decoction can assist in alleviating the postoperative inflammatory response in patients with perianal abscess, promoting wound healing and the recovery of anal function.

Key words: perianal abscess; Qingre Lishi Jiedu decoction formula; inflammatory factor; wound healing; anal function

肛周脓肿是一种由肛腺感染引起的急性化脓性炎症，病变位于肛管直肠周围间隙。肛周脓肿典型临床表现为肛周局部疼痛、红肿伴发热，患者若未及时接受治疗，可能继发肛瘘或引发脓毒血症等严重并发症[1]。当前，根治术与挂线引流术仍为肛周脓肿的核心治疗手段，然而术后创面易受粪便污染，可能导致炎症反应迁延不愈、伤口愈合进程延迟，并引发肛门括约肌功能受损等并发症[2]，西医多采用高锰酸钾坐浴、抗感染等措施，但整体效果尚待提升[3]。

中医将肛周脓肿归属“肛痈”，认为其主要病机是体内湿热相互郁结，热毒阻塞体内气机，形成壅滞状态；湿热邪气侵袭肛门部位，导致湿热蕴结，热毒壅滞，邪毒积聚，久则化热成脓，形成肿痛脓肿[4]。术后余邪未清、气血亏虚，更易致创面愈合迟缓。清热利湿、解毒消肿、活血生肌是中医治疗的关键原则[5—6]。清热利湿解毒方由黄柏、苦参、金银花等组成，具有清热利湿、解毒消肿、活血生肌之效，能通过清热解毒、活血化瘀以帮助伤口愈合，但具体效果因人而异，需综合考虑术后阶段和患者体质。现基于中医辨证理论，探讨清热利湿解毒方对肛周脓肿患者术后的辅助效果，旨在为临床提供更优方案参考。

1 资料与方法

1.1 病例选择

选择 2023 年 4 月至 2024 年 4 月我院肛肠科就诊肛周脓肿患者，研究经伦理委员会批准 (2022-0979)。

样本量计算基于主要结局指标“临床总有效率”，参考既往类似干预措施（中药外用联合常规治疗 vs. 常规治疗）研究[7—9]中的疗效差异进行估算。采用两独立样本率比较的样本量计算公式，以 PASS15.0 软件为工具，设显著性水平 $\alpha = 0.05$，检验效能 $1 - \beta = 0.80$，对照组有效率为 0.75，观察组有效率为 0.92，考虑 10% 脱落率，计算得每组需样本量为 55 例，最终每组纳入 60 例，总样本量 120 例，确保了研究具有足够统计学效能。

纳入标准：①西医诊断参照《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》[10]。②中医辨证参照《中医临床诊疗指南释义：肛肠疾病分册》[11]、《中医病证诊断疗效标准》[12]中湿热蕴结证，主证为肛周肿痛剧烈、红肿灼热、触痛明显；次证为恶寒发热、口干便秘；舌红苔黄腻，脉滑数。③首次发病，行肛周脓肿根治术且手术成功。④术后创面为开放性，未合并其他肛肠疾病。⑤依从性良好。

排除标准：①对本研究药物过敏。②合并糖尿病、自身免疫性疾病、严重肝肾功能不全。③妊娠期、哺乳期。⑤临床资料不全。

1.2 分组与方法

笔者采用简单随机抽签法分组，确保研究科学性与结果客观性。将 120 例患者按入组顺序编号 1 至 120。准备 120 张大小一致、纸质相同的纸条，

分别在每张纸条上写上 1 至 120 的编号，将纸条折叠后充分混合放入不透明的抽签箱中。由与本研究无关的第三方工作人员现场抽取 60 张纸条，所对应编号的患者即为观察组，其余未被抽中的 60 例患者自动分入对照组。抽签过程中由两名研究人员全程监督，确保操作的随机性和公正性。分组完成后，立即对两组患者进行标记，并分别建立观察组与对照组的病例档案，用于后续治疗干预和观察数据记录。

两组均接受肛周脓肿根治术：硬膜外麻醉后，选择脓肿波动最显著部位，行放射状切开，充分引流脓液，清除所有坏死组织，止血完毕后，以凡士林纱布填充。术后均予常规护理，禁食 6 h 后流质饮食，保持大便通畅，静脉滴注头孢呋辛钠（一日 2 次，每次 1.5 g）抗感染，每日换药 1 次。

术后 D2，对照组开始使用高锰酸钾（济南康福生制药有限公司，20220415）坐浴（1 ∶ 5 000 高锰酸钾溶液，0.4 g 溶于 2 000 mL 温开水），先熏洗 10 min，待温度降至 36 ～ 38℃后坐浴 15 min，一日 2 次，疗程 2 周。在对照组基础上，观察组加用清热利湿解毒方熏洗。方剂组成：黄柏 30 g、苦参 20 g、金银花、连翘、赤芍各 15 g，当归、地榆各 12 g、苍术、甘草各 10 g。煎煮：加水 2 000 mL 水煎 30 min，取药液 600 mL，分 2 次使用。每次取 300 mL，加温开水至 2 000 mL，先熏洗 10 min，温度降至 36～38℃后坐浴 15 min，一日 2 次，疗程 2 周，两组均为“先熏洗后坐浴”统一操作。

1.3 观察指标

主要指标为临床总有效率，参照《中医临床诊疗指南释义：肛肠疾病分册》[11]：①治愈：创面完全愈合，症状消失。②显效：创面愈合≥ 75%，症状明显缓解。③有效：25% ≤创面愈合＜ 75%，症状减轻。④无效：创面愈合＜ 25%，症状无改善。$R = (n_x + n_y + n_z)/n_{tot} \times 100\%$，式中：$R$ 为总有效率，n_x 为痊愈例数，n_y 为显效例数，n_z 为有效例数，n_{tot} 为总例数。

次要指标：①治疗前、后，参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》[12] 评估中医证候积分，对肛门肿痛、肛周红肿、恶寒发热、口干便秘 4 项症状评分，每项按无（0 分）、轻（1 分）、中（2 分）、重（3 分）计分，总积分越高表示证候越严重。②治疗前、后，采集患者晨空腹静脉血 5 mL，离心后取血清。采用酶联免疫吸附法（试剂盒购自北京索莱宝科技有限公司）检测肿瘤坏死因子（tumor necrosis factor，TNF）-α、白介素（interleukin，IL）-6 及 IL-8 水平，采用全自动生化分析仪（BS-1000M，迈瑞医疗）检测 C 反应蛋白（C reactive protein，CRP）。③生长因子：治疗前、后，同上述血清样本，采用酶联免疫吸附法检测碱性成纤维细胞生长因子（basic fibroblast growth factor，bFGF）、表皮生长因子（epidermal growth factor，EGF）、血管内皮生长因子（vascular endothelial growth factor，VFGF）水平。④创面愈合指标：治疗前、后，记录两组渗液消失时间、创面水肿消失时间、创面愈合时间（创面完全上皮化）。⑤肛门功能指标：治疗前、后，采用胃肠动力测定系统（ManoScan Motility System，美国美敦力公司）测定患者最大肛门收缩压（maximal anal squeeze pressure，MSP）、肛管静息压（resting anal pressure，ARP）、直肠最大耐受阈值（maximum tolerated volume，MTV）。⑥记录治疗期间可能出现的感染、肛瘘、肛门失禁等不良反应发生率。

1.4 统计学方法

应用 SPSS28.0 软件对数据进行统计学分析。若符合正态分布，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验；若不符合正态分布数据以中位数［M(P25，P75)］表示，组间比较采用 Mann-Whitney U 检验，组间比较采用 Mann-Whitney U 检验，计数资料组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

表 1 两组基线资料比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 1 Comparison of baseline characteristics between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

项目		对照组（n=60）	观察组（n=60）	χ^2/t值	P值
性别（男/女）/n		33/27	35/25	0.136	0.713
年龄/岁		38.52±5.89	39.14±6.07	0.815	0.417
病程/d		4.21±1.03	4.35±1.12	0.713	0.477
脓肿分型（高位/低位）/n		25/35	28/32	0.304	0.581
脓肿位置分布/n	肛周皮下脓肿	27	29	0.134	0.714
	坐骨直肠窝脓肿	18	17	0.040	0841
	括约肌间脓肿	15	14	0.046	0831
合并疾病/n	糖尿病	6	7	0.086	0769
	高血压	8	10	0.261	0.609
生活习惯/n	吸烟史	26	24	0.137	0.711
	饮酒史	19	21	0.150	0.699

2 结果

2.1 一般资料

对照组男 33 例，女 27 例，年龄 23 ～ 58 岁，病程 3 ～ 7 d；观察组男 35 例，女 25 例；年龄 25 ～ 60 岁，病程 2 ～ 8 d。两组基线资料差异无统计学意义（$P > 0.05$），组间可比，见表 1。

2.2 临床疗效比较

治疗后，对照组治愈 19 例，显效 18 例，有效 11 例，无效 12 例，总有效 48 例（80.00%）；观察组治愈 28 例，显效 20 例，有效 7 例，无效 5 例，总有效 55 例（91.67%）。观察组临床总有效率高于对照组（$\chi^2 = 6.171$，$P < 0.05$）。

2.3 中医证候积分比较

治疗前，两组中医证候积分无显著差异（$P > 0.05$）。治疗后，两组肛门肿痛、肛周红肿、恶寒发热及口干便秘积分均降低，且观察组低于对照组（$P < 0.05$），见表 2。

2.4 炎症因子比较

治疗前，两组炎症因子水平无显著差异（$P > 0.05$）。治疗后，两组 TNF-α、IL-6、IL-8、CRP 水平均较治疗前降低（$P < 0.05$），且观察组低于对照组（$P < 0.05$），见表 3。

2.5 生长因子比较

治疗前，两组生长因子水平无显著差异（$P >$

表 2 两组中医证候积分比较（$\bar{x}\pm s$，单位：分）

Table 2 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores between the two groups（$\bar{x}\pm s$, unit: point）

项目	时间	观察组（n=60）	对照组（n=60）
肛门肿痛	治疗前	2.48±0.48	2.42±0.51
	治疗后	0.75±0.22*#	1.58±0.37*
肛周红肿	治疗前	2.35±0.47	2.39±0.50
	治疗后	0.68±0.18*#	1.43±0.34*
恶寒发热	治疗前	1.91±0.40	1.87±0.38
	治疗后	0.47±0.16*#	0.97±0.26*
口干便秘	治疗前	1.74±0.35	1.68±0.37
	治疗后	0.40±0.13*#	0.86±0.22*

注：较治疗前，*$P < 0.05$；较对照组，#$P < 0.05$。

Note: vs. before treatment, *P<0.05; vs. the control group, #P<0.05.

表 3 两组炎症因子比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 3 Comparison of inflammatory factors between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

项目	时间	观察组（n=60）	对照组（n=60）
TNF-α/ng·L^{-1}	治疗前	172.56±18.12	175.12±17.89
	治疗后	86.45±10.32*#	135.28±15.67*
IL-6/ng·L^{-1}	治疗前	46.89±5.23	47.35±4.98
	治疗后	18.23±2.89*#	28.76±3.51*
IL-8/μg·L^{-1}	治疗前	1.02±0.15	1.05±0.16
	治疗后	0.42±0.07*#	0.75±0.09*
CRP/mg·L^{-1}	治疗前	25.67±4.12	26.12±3.88
	治疗后	7.85±1.96*#	13.52±2.89*

注：较治疗前，*$P < 0.05$；较对照组，#$P < 0.05$。

Note: vs. before treatment, *P<0.05; vs. the control group, #P<0.05.

表 4 两组生长因子比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 4 Comparison of growth factor between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

组别	bFGF/pg·mL^{-1}		EGF/ng·L^{-1}		VEGF/ng·L^{-1}	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=60）	1.05±0.18	3.56±0.62*#	410.25±25.36	510.34±30.65*#	2.75±0.92	4.96±1.05*#
对照组（n=60）	1.08±0.14	2.32±0.45*	411.89±24.75	482.67±27.18*	2.81±0.89	3.28±0.87*

注：较治疗前，*P < 0.05；较对照组，#P < 0.05。

Note: vs. before treatment, *P<0.05; vs. the control group, #P<0.05.

0.05）。治疗后，两组 bFGF、EGF、VEGF 水平均升高，且观察组高于对照组（P < 0.05），见表 4。

2.6 创面愈合指标比较

观察组渗液消失时间、创面水肿消失时间、创面愈合时间均短于对照组，差异显著（P < 0.05），见表 5。

表 5 两组创面愈合指标比较（$\bar{x}\pm s$，单位：d）

Table 5 Comparison of wound healing indicators between the two groups（$\bar{x}\pm s$, unit: day）

组别	渗液消失时间	创面水肿消失时间	创面愈合时间
观察组（n=60）	7.12±1.85#	5.87±1.52#	18.23±2.95#
对照组（n=60）	9.65±2.32	8.42±1.96	23.56±3.78

注：较对照组，#P < 0.05。

Note: vs. the control group, #P<0.05.

2.7 肛门功能指标比较

治疗前，两组肛门功能指标无显著差异（P > 0.05）。治疗后，观察组 MSP、ARP、MTV 水平均低于对照组（P < 0.05），见表 6。

2.8 不良反应比较

至研究结束，对照组发生感染 3 例、肛瘘 2 例，不良反应发生率为 8.33%（5/60）；观察组发生感染 1 例、肛瘘 1 例，不良反应发生率为 3.33%（2/60）。两组不良反应发生情况无显著统计学差异（χ^2 = 1.365，P = 0.243）。

3 讨论

肛周脓肿由肛腺感染引起，临床症状为化脓性炎症，是由细菌侵袭肛腺后导致脓液扩散并形成脓肿。常见病原菌有大肠杆菌、葡萄球菌等，感染可蔓延至括约肌间、坐骨直肠窝及骶尾部，形成不同部位脓肿。若不及时处理，脓肿可能破溃形成肛瘘，迁延不愈，甚至引发感染扩散或败血症等严重并发症。此外，局部剧烈疼痛、排便困难等亦严重影响患者生活质量。因此，早期诊断与规范治疗对预防并发症及改善预后极为关键。术后肛周脓肿创面愈合过程复杂，涵盖炎症消退、肉芽增生和上皮化阶段，而过度炎症反应和局部血液循环不足则是延缓愈合的主要因素[13]。肛周脓肿术后多见“湿热余邪未清、气血瘀滞”证候，属中医“肛痈”。虽手术可引流脓液，但余邪未除、湿热未消，致创口愈合缓慢、疼痛持续，并易诱发肛瘘，故治疗应侧重清热利湿、活血解毒[14]。

IL-8、TNF-α、IL-6 是参与急性炎症反应的关键因子，可诱导中性粒细胞浸润，加剧组织损伤；CRP 是敏感的炎症标志物，其水平与感染程度正相关[15]。本研究中，观察组治疗后上述炎症因子水平显著低于对照组，提示清热利湿解毒方可减轻炎症反应。现代药理研究[16]证实，黄柏中黄柏酮可抑制 Toll 样受体 4/ 核因子 κB 信号通路，减少促炎因子释放；金银花中的绿原酸可抑制炎症因子表达[17]；连翘中连翘苷具有广谱抗菌作用，可降低创面感染风险[18]。清热利湿解毒方中，黄柏与苦参为君药，黄柏苦寒入肾，善清下焦湿热，兼具燥湿、泻火、解毒之功。全方寒热相济、攻补兼施，清中有补，活中有养，既契合术后“湿热瘀阻”之病机，又可

表 6 两组肛门功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 6 Comparison of anal function indicators between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

组别	MSP/kPa		ARP/kPa		MTV/mL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=60）	91.25±14.67	75.32±9.85*#	30.98±5.97	23.45±4.62*#	208.56±22.32	150.67±15.23*#
对照组（n=60）	90.89±15.23	82.56±11.32*	31.56±6.23	27.12±5.18*	210.12±21.89	172.35±18.67*

注：较治疗前，*P < 0.05；较对照组，#P < 0.05。

Note: vs. before treatment, *P<0.05; vs. the control group, #P<0.05.

加速创面修复、防治复发，体现中医辨证论治整体优势[14]。

创面愈合依赖于生长因子的调控：bFGF 可促进成纤维细胞增殖及胶原合成，EGF 可加速上皮细胞迁移，VEGF 可诱导新生血管生成，改善局部血供[19]。本研究中，观察组生长因子水平更高，创面愈合指标更优，验证方剂的促愈合作用。当归作为重要活血化瘀药材，其主要活性成分阿魏酸具有显著改善微循环作用；阿魏酸通过扩张局部血管、增加毛细血管通透性和红细胞变形能力，有效提升受损组织区域血流量，为创面修复提供充足氧气和营养支持，有助加快组织再生与修复过程[20]；地榆则富含鞣质，能在创面形成保护膜，减少液体渗出，防止细菌入侵，同时缓解局部炎症反应，有助维持创面清洁干燥环境，具有良好收敛止血和抗炎作用，促进创面愈合[21]。当归、地榆与其他中药成分协同作用，共同调节炎症反应、促进成纤维细胞增殖与肉芽组织形成，并加速表皮细胞迁移与再生，整体促进创面上皮化过程，从而加快创口闭合，缩短愈合周期。

肛门功能依赖于肛管括约肌的收缩与舒张功能，MSP、ARP 反映括约肌功能，MTV 反映直肠顺应性[7,22]。观察组治疗后 MSP、ARP、MTV 降低，提示肛门功能改善情况良好，推测与活血药物赤芍、当归可减轻炎症渗出和组织水肿、促进创面愈合、改善肛周血液循环有关。赵雪莹等[23]提出，赤芍中芍药苷具有抗炎、抗血小板聚集作用，可缓解肛周脓肿术后的红肿热痛；当归含挥发油和阿魏酸等成分，能扩张血管、改善微循环，促进肉芽组织生长。清热利湿解毒方的活血、生肌作用对肛周术后创面修复尤为关键，可加速坏死组织清除和新生组织再生；术后初期治则应以清热解毒为主，中期采用活血化瘀药物帮助促进脓液排出，后期则应注重补益气血，防止创面反复[23—24]。安全性方面，两组不良反应发生率无显著差异，表明清热利湿解毒方安全性良好。

在本科室临床实际应用中，一般于术后 D2 启动熏洗，避开术后早期出血风险，契合创面清洁修复关键时间点[25]；2 周的疗程覆盖脓肿术后炎症消退、肉芽增生核心阶段。研究方案安全、操作简便，且可与换药、抗感染治疗协同，还能根据创面恢复情况个体化调整，满足患者康复需求。然而，基于本研究未进行多中心验证，结果普适性可能受一定限制；未对不同脓肿类型，如高位脓肿与低位脓肿进行亚组分析，未来可进一步探讨清热利湿解毒方对不同类型肛周脓肿的疗效差异。

4 结论

综上，清热利湿解毒方辅助可减轻肛周脓肿患者术后炎症反应，促进创面愈合和肛门功能恢复。

参考文献：

[1] LUNSFORD TN, ATIA MA, KAGBO-KUE S, *et al*. A pain in the butt: hemorrhoids, fissures, fistulas, and other anorectal syndromes[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2022, 51(1): 123-144.

[2] 王跃成, 赵纪波, 信梦辰. 消痈汤熏洗合三间隙引流术对急性肛周脓肿疗效及血清IL-6、IL-8、IL-10及TNF-α水平的

影响[J]. 中国中医急症, 2022, 31(2): 342-344.
[3] 张朝阳, 梁靖华, 孙林梅, 等. 1号中药洗剂对肛周脓肿术后创面愈合疗效及血清炎症因子的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18(13): 121-124.
[4] 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, 2022: 61-63.
[5] 师晨松, 刘秀妃, 许建成, 等. 肛周脓肿术后应用痛痒消洗剂熏洗坐浴对创面愈合、肛门功能和血清炎性因子影响的临床研究[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(7): 1362-1365.
[6] 崔雷, 袁秀莉, 任行龙. 清热解毒燥湿方熏洗治疗肛周脓肿术后创面临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(11): 64-68.
[7] 张即霖, 张晓艳, 毕嵩林, 等. 清毒排脓汤加减冲洗治疗急性高位肛周脓肿的疗效及对创面愈合的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(12): 95-98.
[8] 师九平, 卢临生, 赵晨翔, 等. 四黄生肌汤在热毒炽盛证肛周脓肿术后患者中的应用效果[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(8): 119-122.
[9] 董杰. 中药熏洗法联合穴位贴敷治疗肛周脓肿术后常见并发症的回顾性分析[D]. 广西: 广西中医药大学, 2025.
[10] 中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会. 肛周脓肿临床诊治中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(4): 456-457.
[11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2022: 54-56.
[12] 田振国. 中医临床诊疗指南释义: 肛肠疾病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 98-100.
[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: 55-57.
[14] 王祥盛, 胡冰辉, 马万里, 等. 肛周脓肿术后切口感染病原菌及其危险因素[J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(11): 1702-1705.
[15] 蔡倩倩, 许功宇, 查舒菁, 等. 自拟黄柏消痈汤联合左氧氟沙星对早期低位肛周脓肿患者的临床疗效及对血清CRP、IL-6、PGE2、TNF-α的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(9): 152-155.
[16] 雷倩, 沙静涛. 消肿促愈汤溻渍促进肛周脓肿术后创面愈合及对血清超敏C反应蛋白、白细胞介素6水平的影响[J]. 河北中医, 2020, 42(4): 554-557.
[17] 李小宁, 田辉, 曾媛媛, 等. 黄柏炮制历史沿革及其药理作用研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(3): 194-199.
[18] 曾安琪, 华桦, 陈朝荣, 等. 金银花、山银花抗炎药理作用研究[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(16): 3938-3944.
[19] 盛可心, 王昊冉, 徐凌川, 等. 贯叶连翘药理作用及其机制研究新进展[J]. 中药药理与临床, 2023, 39(3): 117-122.
[20] 柯红娟, 汪昭民, 江艳, 等. 肛周脓肿患者病原菌分布及其血清TGF-β、MMP-2、EGF、ACTA水平的临床意义[J]. 中华医院感染学杂志, 2025, 35(1): 55-59.
[21] 郭双岩, 梁旗, 吕洁丽, 等. 中药当归的药理作用及机制研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(7): 678-685.
[22] 郑鸿雁, 刘璠, 孙梦洋, 等. 功能性肛门直肠痛患者高分辨率肛门直肠测压特征研究[J]. 中华消化杂志, 2024, 44(4): 250-256.
[23] 赵雪莹, 何世宇. 赤芍总苷药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(7): 4-9.
[24] 刘世举, 张慧俭, 刘翔, 等. 清热利湿解毒方治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎实验研究[J]. 中医学报, 2016, 31(12): 1931-1935.
[25] 韩晓光, 梁嘉迪, 方艺蓉. 自拟清热利湿止痒汤加减熏洗联合地苯乳膏治疗老年患者肛周湿疹[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(14): 3419-3422.

（编辑：虞 瑛）