

顾氏外科“早期置管引流后期负压吸引”治疗 深部肛周脓肿临床研究

裴景慧¹ 王琛¹ 黄河² 曹永清¹ 陆金根¹

(1 上海中医药大学附属龙华医院肛肠科, 上海, 200032; 2 温州市中心医院肛肠科, 温州, 325000)

摘要 目的:评价顾氏外科特色疗法“早期置管引流后期负压吸引”治疗深部肛周脓肿的疗效和安全性。方法:采用队列研究的方法,自2014年1月至2015年12月分别在上海中医药大学附属龙华医院和温州市中心医院肛肠科治疗的深部肛周脓肿住院患者。观察组采用“早期置管引流后期负压吸引法”,对照组采用“切开挂线法”。观察指标包括患者一般情况、实验室和影像学检查、脓肿性质、内口情况、愈合率、愈合时间、脓肿复发及瘘管形成情况等。结果:共59例深部肛周脓肿患者接受手术治疗并完成6月随访,其中观察组29例,平均年龄38.86岁,男/女为26/3,有明显内口者14例。对照组30例,平均年龄43.3岁,男/女为26/4,有明显内口者16例。观察组和对照组经治疗后:总体愈合率51.7% vs 46.7%,平均愈合时间32.8 d vs 43.1 d ($P < 0.05$),脓肿复发率13.8% vs 23.3%,瘘管形成率48.3% vs 53.3%,复杂性肛瘘的发生率24.1% vs 36.7%。2组患者术后Wexner肛门失禁功能评分0.48 vs 1.67 ($P < 0.05$)。结论:顾氏外科特色疗法“早期置管引流后期负压吸引”是治疗深部肛周脓肿安全有效的方法,相对经典切开挂线术愈合率和复发率相当,但愈合时间短,对肛门功能保护好。

关键词 顾氏外科;置管引流;负压吸引;肛周深部脓肿

Gu's Surgical Treatment “Catheter Drainage with Negative Pressure Suction” in Deep Anorectal Abscess

Pei Jinghui¹, Wang Chen¹, Huang He², Cao Yongqing¹, Lu Jinggen¹

(1 Anorectal Department, Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China; 2 Anorectal Department, Wenzhou Central Hospital, Wenzhou 325000, China)

Abstract Objective: To observe the efficacy and safety of Gu's surgical treatment “catheter drainage with negative Pressure suction” in deep anorectal abscess. **Methods:** A Cohort study was conducted among patients with deep anorectal abscess in Longhua hospital and Wenzhou central hospital (from January 2015 to December 2015). There were in total of 59 cases. Patients were divided in to treatment group (29 cases, average age 38.86, male/female 26/3) which was treated with “catheter drainage with negative Pressure suction” method, and control group (30 cases, average age 43.3, male/female 26/4) which was treated with incision-thread-drawing method. To observe the general situation, imaging, abscess, IO, healing rate, healing duration, relapse as well as fistula formation. **Results:** Total effective rate of the treatment group and control group is 51.7% and 46.7% respectively, duration 32.8 d and 43.1 d ($P < 0.05$), recurrence rate 13.8% and 23.3%, fistula occurrence rate 48.3% and 53.3%, ratio of complicated fistula 24.1% and 36.7%, and Wexner score 0.48 and 1.67 ($P < 0.05$). **Conclusion:** Gu's treatment “Catheter drainage with negative pressure suction” is effective and safe. Compared to rational method, it has a shorter healing duration which helps anorectal function recovery.

Key Words Gu's surgical treatment; Catheter drainage; Negative Pressure suction; Dee Anorectal abscess

中图分类号:R266 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.021

深部肛周脓肿因位置深、范围广,患者的局部症状不明显,故易误诊漏诊。若未能及时正确引流,脓肿很快向更深部位和周围间隙扩散,出现脓毒血症,若引流不彻底还可能导致脓肿复发、坏死性筋膜炎或形成高位复杂性肛瘘,增加后续治疗的难度,因此深部肛周脓肿属于肛肠科的疑难病。正确诊治这类

疾病不仅可以提高治愈率,保护患者的肛门功能,更能降低高位复杂性肛瘘的发生率。

顾氏外科作为海派中医的主要流派之一,对肛周脓肿的治疗独有建树。顾云岩、顾筱岩、顾伯华、陆金根、曹永清等多代传人对不同类型的脓肿采用不同治法,在传承的同时将顾氏外科特色疗法进行

基金项目:国家科技支撑计划拖线疗法治疗窦痿类疾病的临床示范性研究(2015BAI04B01);中医流派传承规律和模式研究(ZY3-CCCX-1-1004),上海市中医肛肠临床基地项目(ZY3-LCPT-1-1002)

作者简介:裴景慧(1989.06—),女,硕士研究生,住院医师,研究方向:肛肠良性疾病,E-mail:291715942@qq.com

通信作者:王琛(1977.05—),女,博士研究生,主任医师,副主任,研究方向:肛肠良性疾病,E-mail:wangchen_longhua@163.com

创新和发展。如局限型脓肿可用小切口引流,泛发型脓肿采用拖线结合垫棉疗法而深部脓肿可用置管引流灌注冲洗等,大大提高临床肛周脓肿的疗效。但是,临床上深部脓肿的空腔愈合较慢,易发生假性愈合而导致脓肿复发,如何促进深部空腔的闭合已成为治疗深部肛周脓肿的关键。近年来顾氏外科后学们将传统的拔罐疗法和现代负压引流技术结合,对深部脓肿早期置管引流后期负压吸引,明显缩短了愈合时间并降低了复发率。为了验证顾氏外科“早期置管引流后期负压吸引法”治疗深部脓肿的有效性和安全性,我们采用队列研究方法,在上海中医药大学附属龙华医院和温州市中心医院分别进行,并与“切开挂线法”比较,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例来源于2014年1月至2015年12月间深部肛周脓肿住院患者。通过总体率和样本率的比较,估算总体样本量。据文献报道深部肛周脓肿术后形成高位复杂性肛瘘的发生率约为60%,上海中医药大学附属龙华医院肛肠科采用顾氏外科特色疗法治疗形成高位复杂性肛瘘的发生率约为30%。故 $n = \pi_0(1-\pi_0)(\mu\alpha + \mu\beta)2/(\pi_1 - \pi_0)2 = 0.6(1-0.6)(1.64 + 1.282)2/(0.3-0.6)2 = 22.76$ 按15%失访率 n 取30例,按观察组和对照组1:1原则,观察组和对照组各需30例患者。采用队列研究的方法,观察组采用“早期置管引流后期负压吸引法”在上海中医药大学附属龙华医院肛肠科进行,对照组采用“切开挂线法”在温州市中心医院肛肠科进行。

1.2 诊断标准 根据2012中华中医药学会《中医肛肠科常见病诊治指南》中肛痈(TCD编码:BWG040)的诊断标准。高位肛周脓肿,是以肛提肌作为界限,感染间隙累及直肠后深间隙或(和)直肠黏膜下间隙或(和)骨盆直肠间隙脓肿的肛提肌以上的肛周脓肿^[2],可分为火毒蕴结、热毒炽盛和阴虚邪恋3型。

1.3 纳入标准 1)经MRI/超声检查明确诊断为深部脓肿(直肠后深间隙、骨盆直肠间隙、肛管后深间隙及深部坐骨直肠间隙);2)年龄18~70岁者,性别不限。

1.4 排除标准 1)合并炎性反应性肠病、肛周湿疹等其他肛门直肠疾病者;2)不能配合完成随访者。

1.5 治疗方法

1.5.1 术前准备 术前完善常规检查和肛周MRI或肛周超声,排除手术禁忌。所有患者术前禁食水

6 h,术前可予开塞露20 mL外用排净宿便。

1.5.2 麻醉体位和术前常规处理 手术采用腰麻,取膀胱截石位。常规使用抗生素预防感染,若 $T \geq 38.5^\circ\text{C}$,对症处理;术中采用电刀或超声刀。

1.5.3 观察组 从括约肌间沟入路,根据脓肿深度和范围放置合适的引流管,并在肛缘缝合固定。若术中探查脓肿内口明显者,将内口下方至括约肌间沟处组织切开,保证引流通畅;若内口不明显则单纯置管引流。对同时伴有浅部脓腔者一般无需完全切开,仅在脓肿边界处作相应切口以保证脓液引流通畅。术后每日便后换药,配合生理盐水引流管内冲洗,持续7~10 d,当分泌物明显减少后复查MRI或肛周超声,确保深腔内无积液后可拔除引流管。换药时可用一次性橡胶导管置入脓腔深部(插到顶部后退出0.5 cm),局部外贴无菌手术贴膜,接通医院中心负压系统,以-40~-50 kPa密闭负压间断吸引6~8 h/d(负压40 min后暂停20 min),治疗5~7 d。

1.5.4 对照组 根据术前影像检查和体征在脓肿距离皮肤最近处切开,将所有脓腔钝性分离保证引流通畅,内口明显者将内口及其上方脓腔用橡皮筋挂线处理,若内口不明显则单纯切开引流。术后每日便后换药至挂线脱落,创面愈合。

1.5.5 随访 2组患者出院后每2~4周门诊随访一次,连续随访6个月,并进行肛周MRI/超声及肛门直肠压力测定,评估病灶愈合情况和肛门直肠功能。

1.6 观察指标

1.6.1 一般情况 包括患者年龄、性别、病程、既往治疗史及Wexner肛门功能评分。

1.6.2 功能指标 1)实验室检查包括血常规、CRP、肝肾功能、出凝血时间、血糖。影像学检查包括肛周MRI/超声。2)脓肿部位、深度和范围、脓液量、内口情况。

1.6.3 结局指标 住院时间、一期愈合率和愈合时间、Wexner功能评分。术后6个月作为随访终点,观察脓肿愈合、复发或肛瘘形成情况(低位/高位、单纯/复杂)。

1.7 疗效判定标准 参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》中肛痈的疗效标准。1)治愈:症状体征消失,伤口愈合。2)好转:症状改善,伤口或病灶缩小。3)未愈:症状及体征均无变化。

1.8 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件,计量数据以(均数±标准差)表示,计量资料比较用 t 检

验。所有的统计检验均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况和实验室检查 观察组有 30 例深部肛周脓肿患者接受早期置管引流后期负压吸引治疗,有 1 例随访 2 月时失访,最终有 29 例完成 6 个月的随访。对照组 30 例患者全部完成 6 个月随访。2 组患者的年龄、性别、既往手术史、Wexner 肛门功能评分及主要实验室检查结果均无统计学意义。见表 1。

表 1 2 组患者一般情况和实验室检查

项目	观察组($n=30$)	对照组($n=30$)	P
年龄(岁)	38.86 ± 9.64	43.30 ± 14.76	>0.05
性别(男/女)	26/3	26/4	
既往手术史(例)	7	4	
Wexner 评分	0.11 ± 0.32	0.17 ± 0.38	
体温(℃)	37.74 ± 0.85	37.54 ± 0.69	
心率(次/分)	78.17 ± 11.86	75.83 ± 8.39	
血 WBC($10^9/L$)	10.79 ± 2.74	11.57 ± 3.27	
血 CRP(MG/L)	35.21 ± 17.66	28.07 ± 14.09	
血糖(mmol/L)	7.18 ± 4.27	8.21 ± 5.12	

2.2 脓肿情况 2 组患者的脓肿部位、深度和范围、脓液量及内口情况无统计学意义,具体见表 2。观察组和对照组脓液培养示:大肠埃希菌 17 例 vs. 21 例,奇异变形菌 5 例 vs. 4 例,肺炎克雷伯菌 3 例 vs. 1 例,金黄色葡萄球菌 1 例 vs. 0 例,其他菌 1 例 vs. 1 例及无细菌生长 2 例 vs. 3 例。

表 2 脓肿性质

项目	观察组($n=30$)	对照组($n=30$)	P
脓肿深度	提肛肌上脓肿(例)	6	>0.05
	提肛肌下脓肿(例)	23	
脓肿位置	前侧脓肿(例)	3	
	后侧脓肿(例)	20	
	左/右侧脓肿(例)	6	
	单个象限(例)	6	
脓肿范围	二个象限(例)	15	
	二个以上象限(例)	8	
	内口显示(例)	14	
引流脓液量(mL)	43.35 ± 14.88	59.67 ± 40.66	

2.3 治疗结果 2 组具体治疗结果见表 3,观察组一期愈合 44.8% (13/29),有 4 例复发,经扩创后 2 例愈合,形成瘘管 14 例,其中复杂性肛瘘 7 例。对照组一期愈合 40% (12/30) 例,有 7 例复发,经扩创后 2 例愈合,形成瘘管 16 例,其中复杂性肛瘘 11 例。住院时间观察组长于对照组,但平均愈合时间则短于对照组。观察组有 2 例患者出现术后一过性排气失禁,对照组有 4 例患者出现控气失禁,2 例出

现液便失禁。Wexner 功能评分观察组优于对照组,但所有患者未出干便失禁。

表 3 2 组治疗结果

项目	观察组($n=30$)	对照组($n=30$)	P
住院时间(天)	17.52 ± 4.56	10.67 ± 3.88	<0.05
脓肿复发(例)	4	7	>0.05
一期愈合(例)	13	12	>0.05
完全愈合(例)	15	14	>0.05
愈合时间(天)	32.82 ± 16.47	43.06 ± 21.34	<0.05
瘘管形成(例)	14	16	>0.05
复杂性肛瘘(例)	7	11	>0.05
术后 Wexner 评分	0.48 ± 0.78	1.67 ± 1.56	<0.05

3 讨论

顾氏外科是我国中医外科的主要流派之一,它肇始于顾云岩,奠基于顾筱岩,发展于顾伯华,历经六代传人的传承和发展,顾氏外科在疮疡、皮肤、乳腺、肛肠和急腹症领域有了全面发展^[2]。尤其在肛肠疾病中,顾氏外科特色疗法诊治肛周脓肿很好地体现了海派中医的传承创新、海纳百川理念^[3]。第二代传人顾筱岩采用苍耳子虫治疗肛周脓肿;第三代传人顾伯华教授主张小切口引流法治疗肛周局限型脓肿;第四代传人陆金根教授针对泛发型肛周脓肿病灶广的特点,在药捻疗法和挂线疗法的基础上提出“以线代刀”理念,首创了拖线疗法并结合垫棉压迫法,具有引流好、愈合快、损伤小的优势;第五代传人曹永清教授根据深部肛周脓肿的特点将传统铜管引流法和现代外科引流技术结合,提出置管引流,有效防止深部脓腔积液大大降低脓肿的复发率^[4]。但是置管引流法无法解决深部空腔较浅部组织愈合慢的情况,因此如何加速深部脓肿空腔的闭合成为深部脓肿治疗的难点^[5]。近年来顾氏外科第五、六代传人把传统拔罐疗法和现代创面修复技术结合,针对深部脓肿深腔愈合缓慢的情况采用负压吸引的方法,较好地解决了该问题,明显缩短了愈合时间和复杂性肛瘘的发生率。

手术引流是治疗深部肛周脓肿最有效的方法,常规分为一期根治和分期治疗。前者在术中找到内口,深部脓腔挂线、浅表脓腔切开,即通过橡皮筋慢性切割,缓慢勒开肛管直肠环,达到治疗的目的,但是该方法造成不同程度的肛门功能损伤,影响患者的生命质量;后者先在脓肿波动感明显处切开引流,待日后形成肛瘘后行二期根治手术,该法虽然操作较为简单,但深部脓肿由于浅表无明显波动感,故较难准确定位切口,易后遗形成高位复杂性肛瘘,增加了再次手术的难度和患者痛苦。因此,这两类常规

手术方法在治疗深部肛周脓肿时均有局限性。

已有的研究显示高位肛周脓肿经手术治疗后形成高位复杂性肛瘘的发生率约为 35%~97%^[6-7],而顾氏外科多代传人经四十载临证,汲取师辈的经验,结合不断创新形成了“多点小切口引流法、拖线引流法、垫棉压迫法、置管引流法、负压吸引法”等一系列“顾氏外科特色疗法”,不仅临床疗效显著,更降低了高位复杂性肛瘘的发生率^[8-9]。本研究采用早期置管引流后期负压吸引,故患者住院时间相对切开挂线法较长,但平均愈合时间较切开挂线法要缩短 10 天以上。虽有 4 例脓肿复发,但经扩创引流后有 2 例愈合,总体愈合率达 52%。术后肛瘘发生率为 48%,其中复杂性肛瘘为 24%。形成复杂性肛瘘的患者在术中内口多不明显,且脓肿位置以两侧为多。正确找到并处理内口是提高脓肿愈合的重要因素之一,我们发现肛周深部脓肿内口的显示率为 50%,与报道的脓肿内口术中显示率 25%~88% 基本相符^[10-11],但对于内口的处理我们并未采用常规的泄液线引流或挂线治疗^[12],对于骨盆直肠间隙的脓肿更未经肛门切开引流,而是以括约肌间沟作为手术入路,将内口至括约肌间沟处组织切开后作为主引流通路,探查脓腔深部和形态并钝性分离所有脓肿间隔,使之引流通畅,再将引流管置于深部腔隙,这样既处理了内口,又较好保护了肛门括约肌。我们发现尽管术中只切开内口以下的部分内括约肌,仍有 2 例患者在术后早期出现一过性的排气失禁,随访 6 月时症状完全消失。而采用切开挂线治疗的患者中有 4 例出现排气失禁、2 例出现长期稀便失禁。因此挂线法虽成功处理了内口,但会造成患者肛门功能损伤,这也提醒我们要重视肛门括约肌的保护,无需切开或挂开过多的肌肉,尤其是骨盆直肠间隙的脓肿,更应保证括约肌的完整以免造成严重医源性损伤。

我们体会置管引流联合负压吸引治疗深部肛周脓肿有以下几个要点:术前明确脓肿的深度和范围;术中保证深部脓腔和全部感染间隙的充分引流;术后防止假性愈合。故术前行 MRI 或超声检查^[13],初步了解脓肿的位置,术中应仔细探查所有感染间隙,切勿遗漏深部支管。一般根据脓肿的形态和大小置入不同的粗细的引流管,包括 T 管、寻状头导管或导尿管,务必保证所有潜在腔隙能够充分引流^[14]。术后可复查 MRI 或超声,观察脓肿深部腔隙形态,由于引流管尚在位,故很容易判别有无残留脓液集聚。经 5~7d 置管引流,脓液已基本排净。但

由于脓肿位置深,肛周皮肤切口相对小,若拔除引流管后仅靠药线引流,不仅无法引流深部不规则形态脓腔还可能出现浅表创面闭合但深部腔隙尚大的假性愈合情况。对此,我们联合医院的中心负压系统吸引治疗,相对于单纯负压球可以较大的吸力吸出深部的残留脓液,并借外力加速缩小深部较大腔隙并促进肉芽组织生长,同时负压引流管的支撑作用还可防止浅表创面的过早闭合^[15]。

但是深部肛周脓肿患者肛门坠痛不适明显,故术前未进行肛门直肠测压而以 Wexner 肛门失禁评分评估患者肛门功能,具有一定局限。且本项研究样本数相对较少,今后可通过大样本随机对照研究能更好的验证置管引流联合负压吸引治疗深部肛周脓肿的作用机理。

4 结论

将置管引流与负压吸引相结合运用于肛周深部脓肿的治疗,不仅一期愈合率高、复发率低,且有效防止形成高位复杂性肛瘘,避免损伤肛周正常组织,较好的保护肛门括约功能,是一种安全有效的手术方法,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中医肛肠科常见病诊治指南[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:10-16.
- [2] 王琛,闫涛,郭修田,等. 顾氏外科特色疗法治疗肛周蹄铁型脓肿的有效性和安全性分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(12): 1693-1696.
- [3] 曹永清,王琛,郭修田. 顾氏外科陆金根临床经验集[M]. 北京:科学出版社, 2016:65-67.
- [4] 曹永清,王琛. 置管引流术治疗高位肛瘘 21 例临床分析及若干问题探索[J]. 上海中医药大学学报, 2010, 24(9): 36-38.
- [5] 杜刚毅,郑少康. 多切口深部置管引流术治疗肛周深部脓肿的临床疗效[J]. 中医临床研究, 2016, 8(35): 131-132.
- [6] Vasilveski CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suPPuration[J]. Dis Colon and Rectum, 1984, 27: 126-130.
- [7] Hamalainen KP, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses[J]. Dis Colon Rectum, 1998, 41: 1357-1361.
- [8] 董青军,易进,王琛,等. 拖线联合置管术治疗马蹄形直结肠周围深部间隙 34 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2015, 47(7): 46-50.
- [9] Chen Wang, Jin-Gen Lu, Yong-Qing Cao, et al. Traditional Chinese surgical treatment for anal fistulae with secondary tracks and abscess[J]. World Journal of Gastroenterology, 2012, 18(40): 5702-5708.
- [10] Goligher JC, Ellis M, Pissieis AG. A critique of anal glandular infection in the aetiology and treatment of idiopathic anorectal abscesses and fistula[J]. Br J Surg, 1967, 54(12): 977-983.
- [11] Adams D, Kovalcil PJ. Fistula in ano[J]. Surg Gynecol Obstet, 1981, 153: 731-732.

(下接第 2658 页)

IL-8 又称嗜中性粒细胞因子,是炎症反应性疾病的重要介质,在抗感染、免疫反应调节以及抗肿瘤方面有重要作用。IL-10 属于抗炎因子,由 T 细胞分泌获得,通过抑制促炎细胞因子的表达参与免疫反应。临床上可通过测定血清中 IL-8、IL-10 表达水平来进行炎症反应疾病的诊断、鉴别诊断和预后判断。本研究结果显示用药后,复方谷氨酰胺肠溶胶囊联合美沙拉嗪组较复方苦参肠溶胶囊联合美沙拉嗪组在血清中 IL-8 表达水平低,在血清中 IL-10 表达水平高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果与 Zhao M 等^[17]人报道类似,均提示复方谷氨酰胺肠溶胶囊联合美沙拉嗪通过调节 IL-8、IL-10 的表达水平,在免疫反应中更有利于维持抗炎细胞因子和促炎细胞因子平衡,对于肠道自身修复具有重要意义。

综上所述,复方苦参肠溶胶囊联合美沙拉嗪与复方谷氨酰胺肠溶胶囊联合美沙拉嗪均可治疗溃疡性结肠炎,但复方谷氨酰胺肠溶胶囊联合美沙拉嗪表明了治疗方法的更有效性和可行性。本研究结果具有一定的临床学习价值。

参考文献

- [1] 孙文佳,王曦. 炎症小体在溃疡性结肠炎发病机制中的作用[J]. 中华医学杂志,2016,96(24):1957-1960.
- [2] Ho G T, Boyapati R, Satsangi J. Ulcerative colitis[J]. Medicine, 2015,93(5):276-281.
- [3] Michelini Z, Baroncelli S, Fantauzzi A, et al. Reduced Plasma Levels of sCD14 and I-FABP in HIV-infected Patients with Mesalazine-treated Ulcerative Colitis[J]. Hiv Clinical Trials, 2016,3(5):1-6.
- [4] 霍红. 益赛普治疗前后强直性脊柱炎患者血液流变学指标变化分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2015,15(2):33-35.
- [5] 兰平,何晓生. 解读 2012 年中国炎症肠病诊断与治疗共识意见

中一些热点问题[J]. 中华胃肠外科杂志,2013,16(4):304-307.

- [6] Saurabh, Kedia, Vineet, et al. Management of acute severe ulcerative colitis[J]. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology, 2014,3(4):395-405.
- [7] Mozaffari S, Nikfar S, Abdolghaffari A H, et al. New biologic therapeutics for ulcerative colitis and Crohn's disease[J]. Expert Opinion on Biological Therapy, 2014,14(5):583-600.
- [8] Grinspan A, Kornbluth A. Positioning Therapy for Ulcerative Colitis[J]. Current Gastroenterology Reports, 2015,17(8):1-8.
- [9] Gashin L, Villafuerte-Galvez J, Leffler D A, et al. Utility of CT in the Emergency Department in Patients with Ulcerative Colitis[J]. Inflammatory Bowel Diseases, 2015,21(4):793-800.
- [10] 金芳丽,李毅平. 溃疡性结肠炎的中医治疗进展[J]. 中国当代医药,2016,23(6):18-21.
- [11] Druetz A, Rahier J F, Hébuterne X. Methaemoglobinaemia and renal failure following mesalazine for treatment of inflammatory bowel disease[J]. Journal of Crohn S & Colitis, 2014,8(8):900-901.
- [12] Cozzani E, Pappalardo F, Gallo R, et al. Photosensitivity induced by mesalazine; report of a case[J]. American Journal of Gastroenterology, 2014,109(6):923-934.
- [13] 闫桂军,江红,王培振,等. 复方苦参注射液联合顺铂胸腔灌注治疗恶性胸腔积液的应用[J]. 吉林医学,2016,37(3):574-576.
- [14] 刘彩凤. 复方谷氨酰胺肠溶胶囊治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 山西大同大学学报:自然科学版,2016,1(1):54-55.
- [15] 丁雪. 复方苦参肠炎康片联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2016,9(6):80-81.
- [16] 肖礼香,檀谊洪. 美沙拉嗪联合复方谷氨酰胺肠溶胶囊治疗溃疡性结肠炎疗效[J]. 中国现代药物应用,2012,6(3):13-14.
- [17] Zhao M, Sang C Y, Wang Z J, et al. Observation on the efficacy of Etiasa in combined with mesalazine suppository in the treatment of ulcerative colitis[J]. 海南医科大学学报:英文版,2016,22(12):67-69.

(2016-07-21 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第 2654 页)

- [12] Scott RS, Ravin J, Daniel LF, et al. Practice Parameters for the management of Perianal abscess and fistula-in-ano[J]. Disease of Colon Rectum, 2011,54(12):1465-1474.
- [13] Ryo Manyama, Tsuyoshi Noguchi, Masahiro Takano, et al. Usefulness of magnetic resonance imaging for diagnosing deep anorectal

bscesses[J]. Dis Colon Rectum, 2000,43:81-85.

- [14] 王琛,姚一博,董青军,等. 拖线疗法在肛瘘治疗中的应用与发展[J]. 中华胃肠外科杂志. 2015,18(12):1203-1206.
- [15] 裴景慧,王琛. 简易负压引流在肛肠良性疾病中的应用体会[J]. 中国中医急症,2015,24(12):2132-2134.

(2016-09-10 收稿 责任编辑:徐颖)