

·论著·

# 中医挂线疗法治疗婴幼儿肛瘘的疗效观察及预后影响



全文二维码 开放科学码

陈一平 蔡容平 周小渔 唐华健 李春景 刘国庆 黄振强

**【摘要】 目的** 探讨中医挂线疗法治疗婴幼儿肛瘘中的疗效,并评估其对预后的影响。 **方法** 选择2014年1月至2015年12月于佛山市妇幼保健院外科就诊的肛瘘患儿100例作为研究对象,年龄最大7个月,最小17天,采用随机数字表法将患儿分为研究组( $n=50$ )与对照组( $n=50$ ),对照组患儿采用常规切开引流和清创治疗,研究组患儿采用中医挂线疗法治疗,比较两组患儿的临床疗效。 **结果** 研究组患儿术后Flacc评分显著低于对照组,排便情况显著优于对照组( $P<0.05$ );研究组患儿的治疗总有效率显著高于对照组,治疗后的肛肠动力学指标改善程度显著优于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。所有病例均随诊到3岁以后,通过术后跟踪调查发现,两组患儿控便功能无明显差异,均未出现漏气、漏液等情况。 **结论** 中医挂线疗法可有效改善肛瘘患儿的肛肠动力学指标,临床疗效良好。

**【关键词】** 直肠瘘;挂线法;治疗结果;预后;婴儿

**【中图分类号】** R729 R657.1+6 R242

**Curative efficacy of thread hanging therapy for infantile anal fistula and its prognostic effect.** Chen Yiping, Cai Rongping, Zhou Xiaoyu, Tang Huajian, Li Chunjing, Liu Guoqing, Huang Zhenqiang. Department of Surgery, Municipal Women & Children's Health Center, Foshan 528000, China.

**【Abstract】 Objective** To explore the clinical efficacy of thread hanging therapy of traditional Chinese medicine (TCM) in the treatment of infantile anal fistula. **Methods** From January 2014 to December 2015, a total of 100 infants with anal fistula were recruited and divided via a random number table into study group ( $n=50$ ) and control group ( $n=50$ ). The control group underwent conventional incision, drainage and debridement while the study group received thread hanging therapy of TCM. **Results** The score of the longest contraction time of anal canal (flacc) was significantly lower in study group than that in control group and defecation was significantly better than that in control group ( $P<0.05$ ). The total effective rate was significantly higher in study group than that in control group (96% vs. 78%,  $P<0.05$ ). The improvements of such anorectal motility parameters as rectal venous pressure (RRP,  $2.31 \pm 0.13$  kPa), anal venous pressure (ARP,  $13.02 \pm 0.24$  kPa), anal maximum systolic pressure (AMCP,  $14.02 \pm 2.42$  kPa) and alct ( $38.06 \pm 2.81$  s) were significantly better in study group than those in control group ( $P<0.05$ ). During a follow-up period of 3 years, no significant inter-group difference existed in defecation control function and there was no leakage of air or liquid. **Conclusion** Thread hanging therapy of TCM may effectively improve anorectal motility of infants with anal fistula. With an excellent clinical efficacy, it is worth further popularizing.

**【Key words】** Rectal Fistula; Thread-Ligating Therapy; Treatment Outcome; Prognosis; Infant

婴幼儿肛瘘是临床上常见的儿童肛肠疾病之一,主要由坐骨肛管内间隙脓肿引起,据文献报道,0.5%~4.3%的肛瘘和肛周脓肿患者为儿童,婴幼儿

发病者占小儿肛瘘的2/3;在出生后3个月内发病率最高,其中出生后1个月内发病者最为多见<sup>[1]</sup>。患儿多为男性,部分患儿随着年龄的增长可自行痊愈,部分患儿反复发作,久治不愈而发展成瘻,据统计肛周脓肿反复感染后成瘻者可达89.1%<sup>[2]</sup>。以往临床上常采用切开引流术治疗,但效果不佳,新生儿肛周脓肿行单纯切开引流后约有1/3发展成肛瘘<sup>[3]</sup>。中医挂线疗法是中医肛肠科常用的传统特

DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2020.07.015

基金项目:佛山市科学技术局立项课题(编号:2017AB002871)

作者单位:佛山市妇幼保健院外科(广东省佛山市,528000),

Email:3100187562@qq.com

色疗法之一,是指通过药线、丝线或橡皮筋在瘻管中扎紧,利用其张力使组织呈渐进性坏死断裂,达到切开引流的目的。本研究旨在观察中医挂线疗法在婴儿肛瘻中的疗效,并评估其对预后的影响。

## 材料与方法

### 一、一般资料

纳入2014年1月至2015年12月于佛山市妇幼保健院外科就诊的肛瘻患儿100例,采用随机数字表法将患儿分为研究组( $n=50$ )与对照组( $n=50$ ),纳入标准:①均经临床症状检查证实,符合中华中医药学会肛肠分会制定的《痔疮、肛瘻、肛裂、直肠脱垂的诊断标准》中婴儿肛瘻的诊断标准<sup>[4]</sup>;②年龄 $\leq 1$ 岁;③家属签署知情同意书。排除标准:①入组前接受其他治疗,会对观察指标造成影响的患儿(主要是切开引流术后复发的病例);②合并先天性肛肠疾病者;③肛前瘻者。研究组:男37例,女13例,年龄17天至6个月,病程3天至1个月,多发肛瘻6例。对照组:男35例,女15例,年龄17天至7个月,病程1天至1个月,多发肛瘻5例。两组基线资料均衡可比,见表1。

表1 两组患儿基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data between two groups

组别	例数	性别		月龄(月)			病程 ( $\bar{x} \pm s$ , 天)
		男	女	<1	1~3	3~7	
研究组	50	37	13	12	16	22	15 $\pm$ 7.26
对照组	50	35	15	18	18	19	16 $\pm$ 6.95
$\chi^2$ 值		0.198	1.714	0.178	0.372	0.214	
P 值		0.827	0.275	0.833	0.685	0.785	

### 二、研究方法

对照组患儿予以常规切开引流和清创。术前常规做好肠道准备,均采用全身麻醉,麻醉满意后根据肛瘻部位取截石位,常规消毒铺巾后,先经外口注入美兰寻找内口,探针经外口探入内口,沿探针表面皮肤切开瘻管,刮除整条瘻管的腐烂组织,用双氧水、生理盐水反复冲洗,以凡士林纱填塞止血、引流。术后每天换药至创面愈合。

研究组患儿采用中医挂线疗法,静脉全麻或吸入麻醉,体位取截石位,可采取蛙式或者双下肢悬吊的方式暴露臀部。寻找内口:生理盐水稀释亚甲蓝(二者比例为1:1),经外瘻口置入留置针,注射亚甲蓝后观察齿线处肛窦,蓝染处为内瘻口;挂线:可应用药线、丝线、橡皮筋等,本组病人均用橡皮筋作为挂线的

原材料,可剪下无菌手套边缘橡皮筋,剔除多余橡胶皮片;术后处理:术后无需包扎处理,如有渗血可加压包扎5~10 min即可止血;肛周护理:注意排便后清洁肛周,去除挂线处污物,保持引流通畅,无需局部应用抗生素药膏,如有皮疹可应用对症药膏外涂;挂线脱落:挂线自然脱落时间为术后4~10天,如发现挂线松弛而未脱落,可再拉紧引流条贴近皮肤结扎保持挂线的张力,脱落后创面需保持干洁,并轻柔分离皮肤伤口,使创面自内至外愈合(图1)。



图1 术中引导橡皮条穿越内、外瘻口,沿基底部扎紧

Fig.1 Guiding a rubber strip to pass through internal and external fistulas and fastening it along base bottom

### 三、观察指标

临床疗效判定标准分为治愈、显效、有效、无效。治愈:手术后4周内伤口愈合,无疼痛、瘙痒和渗出。显效:手术后4周内伤口面积减少 $>70\%$ ,但不符合治愈标准,伤口略有疼痛、瘙痒,伴有少量渗出。有效:手术后4周内伤口面积减少 $50\% \sim 70\%$ ,但不符合治愈标准;伤口有轻微疼痛、瘙痒,伴有少量渗出。无效:手术后4周内伤口收缩面积 $<50\%$ ,疼痛、瘙痒及渗液明显。治疗总有效率=(治愈人数+显效人数+有效人数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

采用Flacc量表评估儿童疼痛强度,术后当天麻醉清醒返回病房后由管床护士评估,根据面部表情、腿部活动、哭闹、体位、可安慰度5个指标来评分,每个指标最低分为0分,最高分为2分,总分最高10分,最低0分。Flacc量表评分细则见表2。

采用ZGJ-D2型智能双导肛肠压力检测仪检测两组患儿治疗前及治疗3个月后的直肠静脉压(rectal venous pressure, RRP)、肛管静脉压(anal venous pressure, ARP)、肛管最大收缩压(anal maximum systolic pressure, AMCP)、肛管最长收缩时间(the longest contraction time of anal canal, ALCT)。肛管直肠测压法诊断肛周括约肌功能被认为是一种可取的、安全的、简便无损伤方法,具体步骤:①在测量前先进行常规的清洗灌肠;②必要时可使用镇静剂,但禁止使用全身麻醉药物;③检查者与患

儿之间位置为背侧；④每次检查前后均应核对测压系统。如患儿发生肛瘘肛周感染，则使用消炎栓剂纳肛，外敷消炎药膏，口服消肿止痛中成药或抗生

素；炎症控制之后再进行肛管直肠测压。记录比较两组患儿的排便情况，是否发生漏气、漏液的情况。

表2 Flacc量表评分细则  
Table 2 Rating rules of Flacc scale

指标类别	评分		
	0分	1分	2分
面部表情	笑容或无特定表情	偶尔面部扭曲或皱眉	下巴持续颤动，紧缩下颚，紧皱眉头
腿部活动	正常体位或放松状态	不适，无法休息，肌肉或神经紧张，肢体间断弯曲/伸展	踢或拉直腿，高张力，大范围的肢体弯曲/伸展，发抖
哭闹	不哭不闹	呻吟或啜泣，偶尔哭泣，叹息	不断哭泣，尖叫或抽泣，呻吟
体位	安静平躺，正常体位，可顺利移动	急促不安，来回移动，紧张	弓身，身体僵硬，痉挛
可安慰度	平静的，满足的，放松，不要求安慰	可通过偶尔身体接触消除疑惑、分散注意	安慰有困难

#### 四、统计学分析

采用SPSS18.0软件处理，计数资料采用 $n(\%)$ 表示，采用 $\chi^2$ 检验进行组间对比；计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 $t$ 检验进行组间对比；两组治疗前后肛肠动力学指标的比较采用配对 $t$ 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

## 结 果

### 一、两组临床疗效比较

两组有效率比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组临床疗效比较( $n, \%$ )

Table 3 Comparison of clinical efficacy between two groups ( $n, \%$ )

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组	50	21(42)	19(38)	8(16)	2(4)	48(96)
对照组	50	13(26)	14(28)	12(24)	11(22)	39(78)
$\chi^2$ 值						14.323
$P$ 值						<0.001

### 二、两组疼痛程度比较

研究组患儿术后Flacc评分显著低于对照组( $P$

<0.05)。见表4。研究组患儿的排便时间比较固定，肛门的舒张和闭合不再受到影响，大便不困难，无污粪表现，见表5。

表4 两组疼痛程度比较( $\bar{x} \pm s$ )

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

组别	例数	Flacc 评分
研究组	50	4.82 ± 0.72
对照组	50	6.13 ± 0.95
$t/\chi^2$ 值		8.291
$P$ 值		<0.001

表5 两组恢复状况比较

Table 5 Comparison of recovery status of two groups

组别	例数	排便时间 不固定	肛门舒张 受影响	肛门闭合 受影响	大便 困难	污粪
研究组	50	6	0	0	0	0
对照组	50	15	6	7	4	5
$t/\chi^2$ 值		4.882	6.383	7.527	4.083	5.263
$P$ 值		0.048	0.012	0.012	0.043	0.056

### 三、两组治疗前后肛肠动力学指标比较

研究组患儿治疗后的肛肠动力学指标显著优于治疗之前( $P < 0.05$ )，且治疗之后研究组显著优于治疗之后的对照组( $P < 0.05$ )。见表6。

表6 两组治疗前后肛肠动力学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 6 Comparison of anorectal kinetic parameters between two groups before and after treatment( $\bar{x} \pm s$ )

组别	研究组( $n=50$ )		对照组( $n=50$ )		$t_1$	$t_2$	$t_3$	$t_4$
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后				
RRP(kPa)	3.88 ± 0.30	2.31 ± 0.13	3.90 ± 0.25	2.89 ± 0.16	3.012 *	0.567	0.012	2.876 *
ARP(kPa)	17.3 ± 0.55	13.02 ± 0.24	17.35 ± 0.49	14.84 ± 0.27	4.234 *	1.224	0.564	3.245 *
AMCP(kPa)	13.4 ± 1.67	14.02 ± 2.42	13.49 ± 1.72	13.89 ± 2.16	1.003	0.876	0.456	0.344
ALCT(s)	37.8 ± 2.63	38.06 ± 2.81	37.90 ± 2.84	38.23 ± 2.67	0.778	0.689	0.345	0.213

注  $t_1$  和  $t_2$  为采用配对 $t$ 检验分别对两组干预前后得分比较得到的结果， $t_3$  为采用两独立样本 $t$ 检验两组干预前得分比较的结果， $t_4$  为采用两独立样本 $t$ 检验对两组干预前后得分提升程度比较的结果，\*表示 $P < 0.05$ 。



#### 四、两组手术相关并发症对比

固定同一随访时间窗,术后进行电话随访。为了保证随访资料真实、有效,并最大程度上减少失访率,复诊的患儿由专业的肛肠科医生提供免费的诊疗服务,随访率为100%。通过跟踪调查发现,两组3岁以后均无一例发生漏气、漏液;对照组外观残留疤痕稍明显。见图2、图3。

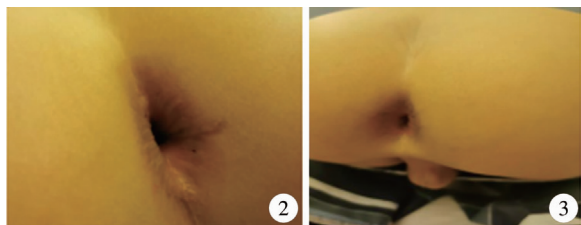


图2 对照组术后疤痕明显 图3 研究组术后无明显疤痕  
Fig.2 Control group showed obvious postoperative scar Fig.3 Research group showed no obvious postoperative scar

#### 讨 论

大多数婴幼儿肛瘘是由肛周脓肿溃破或切开引流的后遗病变。婴儿容易发生肛瘘,尤其是新生儿受到母体激素失衡的影响,导致皮脂腺分泌过多,引起肛门皮脂腺炎症。感染形成肛周皮下脓肿与肛窦相连,形成肛瘘。尽管大部分新生儿肛瘘有自愈的可能,但仍有相当一部分患儿反复发作,需要手术治疗。而且,在保守治疗或者随诊的过程中,反复发作的肛周红肿、渗液会对肛周护理造成难度,家长的心理会受到一定影响<sup>[5]</sup>。婴幼儿作为一个特殊时期,手术和麻醉方式的选择以及手术时机、安全性、可操作性等问题需进一步讨论。

一、婴幼儿肛瘘手术治疗的时机以及麻醉的方式选择

由于解剖因素,小儿肛瘘的内口及瘘管走行后位者少见,瘘道较浅,多呈直线形,治疗相对简单<sup>[6]</sup>。有人主张新生儿和小婴儿在切开引流的同时做挂线治疗,以争取脓肿和肛瘘早期愈合<sup>[7]</sup>。本组病例中,术中寻找到的内外口连线都是肛周放射状直线,无一例多个内口。因此,本组病例均选择早期手术治疗,以达到早干预、早治愈的目的,本组中年龄最小病例仅17日龄。我们的经验是,婴幼儿肛瘘手术治疗的时机基本不受年龄限制。

越来越多的小儿手术采用全身麻醉的方式,包括静脉全麻、吸入性全麻及气管插管全麻。因为小儿难以配合手术和麻醉,会带来较多风险,影响到手术效果及患儿本身。而认真把握好适应证、禁忌

证并掌握好药物剂量,手术中会仔细观察患儿的生命体征及各项指标,小儿全身麻醉还是很安全的,更不会影响远期预后<sup>[8]</sup>。虽然婴幼儿肛管短,肛窦容易外翻,但手术操作中患儿因疼痛苦恼、活动过度等因素会影响寻找内口手术操作,增加误伤及术后复发的风险。本组研究患儿采用静脉或吸入性全身麻醉,手术时间短,术后也未出现麻醉相关并发症。

#### 二、肛瘘的手术选择及手术要点

手术方式选择:肛瘘的手术方式多样,包括开放引流、一次性切除、挂线手术等,其中肛瘘切开和挂线治疗是两种相对常见的方法<sup>[9]</sup>。以往西医常采用外科手术治疗,但由于该术式属于有创操作,会损伤患儿的肛门功能,影响患儿术后的控便、控气功能,甚至可能造成大便失禁<sup>[10]</sup>。中医挂线疗法是治疗肛瘘的中医传统方法,利用结扎丝的机械作用和紧张力,该术式能够达到剖开组织、引流以及修复一次性完成的效果,可尽量避免肛门直肠结构被破坏,有利于保护患儿的肛门括约肌功能<sup>[11]</sup>。

肛瘘挂线手术要点:基于挂线疗法的原理,寻找肛瘘内口以充分引流是最关键的操作步骤。肛腺感染学说目前公认的肛瘘发病学说。“隐窝腺学说(cryptoglandular theory)”从理论上认为肛腺是感染入侵肛周组织的门户,临床实践经验认为肛瘘手术成功的关键在于正确查找和彻底清除原发病感染灶<sup>[12]</sup>。先充分暴露臀部,由于小儿下肢较短,截石位往往暴露效果不理想,因此我们多采取双下肢分别上提并向头侧靠拢的方法,令臀部自然上提,可得到理想效果。内口需要通过外口寻找,注射美兰染色是一种实用的方法。另外,由于小儿肛门狭小,观察内瘘口时可用直板小拉钩拉开健侧肛门,暴露患侧肛窦,直视下观察内瘘口,准确且方便。探针探查内口:自外口插入探针,向着内口方向前进。婴幼儿皮肤肌肉娇嫩,皮下组织疏松,因此动作应轻柔,切忌盲目探查。部分内口未染蓝的病例,可将外瘘口直线对应的肛窦作为出针的位置。橡皮筋结扎:橡皮筋松紧直接影响橡皮筋对所挂组织勒割作用的强弱,挂线过松则橡皮筋脱落较慢,术后紧线不方便;挂线过紧则橡皮筋脱落太快,易影响肛门功能。若瘘管数目大于2个,则挂线可适当松些<sup>[13]</sup>。

#### 三、中医挂线疗法在婴儿肛瘘中治疗优势

总结我们的经验,肛瘘挂线术有以下优点:①实现了直肠腔内双向等压引流。②最大限度地保

留了括约肌功能,保护了正常组织。它既保证了对直肠环内口及感染部位的勒割,但又不完全勒断肛直环,对肛周破坏小,安全性高,术后瘢痕小。不会产生术后疤痕畸形、肛门畸形、移位等后遗症<sup>[14]</sup>。

## 参考文献

- Jamshidi R. Anorectal complaints; hemorrhoids, fissures, abscesses, fistulae[J]. Clin Colon Rectal Surg, 2018, 31(2): 117-120. DOI:10.1055/s-0037-1609026.
- Emile SH, Elfeki H, Abdelnaby M. A systematic review of the management of anal fistula in infants[J]. Tech Coloproctol, 2016, 20(11): 735-744. DOI:10.1007/s10151-016-1536-1.
- Zhu Y, Xu F. The pathogens and curative effects analysis of perianal abscess of infants under 3 months[J]. Turk J Pediatr, 2019, 61(1): 40-43. DOI:10.24953/turkjpeds. 2019. 01. 007.
- 中华中医药学会肛肠分会. 痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准(试行草案)[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(4): 42-43. DOI:10.3969/j. issn. 1000-1174. 2004. 04. 033  
Chinese Association of Chinese Medicine: Diagnostic Criteria for Hemorrhoids, Anal Fistula, Anal Fissure and Rectal Prolapse (Interim Scheme)[J]. Chinese Journal of Coloproctology, 2004, 24(4): 42-43. DOI:10.3969/j. issn. 1000-1174. 2004. 04. 033.
- Emile SH, Elfeki H, Thabet W, et al. Predictive factors for recurrence of high transsphincteric anal fistula after placement of seton[J]. J Surg Res, 2017, 213: 261-268. DOI:10.1016/j. jss. 2017. 02. 053.
- 陈媛. 一次性根治术治疗小儿肛瘘的效果及对其疾病复发率的影响观察[J]. 中国实用医药, 2020, 15(4): 56-57. DOI:10.14163/j. cnki. 11-5547/r. 2020. 04. 024.  
Chen Y. Effects of one-time radical operation on anal fistula in children and its influence on recurrent rate[J]. China Practical Medical, 2020, 15(4): 56-57. DOI:10.14163/j. cnki. 11-5547/r. 2020. 04. 024.
- 闫伟鹏, 宋丽. 切开挂线治疗婴幼儿肛周脓肿的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36(2): 76-78. DOI:10.3969/j. issn. 1000-1174. 2016. 02. 033.  
Yan WP, Song L. Clinical observation of incision and thread drawing in the treatment of perianal abscess in infants[J]. Chinese Journal of Coloproctology, 2016, 36(2): 76-78. DOI:10.3969/j. issn. 1000-1174. 2016. 02. 033.
- 李丽芳, 许燕, 舒仕瑜. 485例胆道闭锁行 Kasai 手术患儿的麻醉分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2019, 18(10): 864-867. DOI:10.3969/j. issn. 1671-6353. 2019. 10. 013.  
Li LF, Xu Y, Shu SY. Anesthetic analysis of 485 patients with biliary atresia during Kasai surgery[J]. Clin Ped Sur, 2019, 18(10): 864-867. DOI:10.3969/j. issn. 1671-6353. 2019. 10. 013.
- Chung W, Ko D, Sun C, et al. Outcomes of anal fistula surgery in patients with inflammatory bowel disease[J]. Am J Surg, 2010, 199(5): 609-613. DOI:10.1016/j. amjsurg. 2010. 01. 007.
- 徐旭, 蔡亮亮, 邹善祥. 肛瘘挂线疗法研究新进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(33): 5084-5086. DOI: CNKI: SUN: QQHB. 0. 2015-33-055.  
Xu X, Cai LL, Zou SY. New advances in the research of thread hanging therapy for anal fistula[J]. Journal of Qiqihar Medical College, 2015, 36(33): 5084-5086. DOI: CNKI: SUN: QQHB. 0. 2015-33-055.
- 李磊, 颜桂林, 樊文彬, 等. 不同术式对肛瘘术后疼痛的影响与思考[J]. 中国全科医学, 2020, 23(2): 204-208. DOI:10.12114/j. issn. 1007-9572. 2019. 00. 159.  
Li L, Yan GL, Fan WB, et al. Effects and thoughts of different surgical approaches on postoperative pain of anal fistula[J]. Chinese General Practice, 2020, 23(2): 204-208. DOI:10.12114/j. issn. 1007-9572. 2019. 00. 159.
- 赵冬安, 史学文, 朱孟琳. 肛瘘发病机制的研究现状[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(2): 73-74. DOI:10.3969/j. issn. 1000-1174. 2018. 02. 031.  
Zhao DA, Shi WX, Zhu ML. Current researches of pathogenesis of anal fistula[J]. Chinese Journal of Coloproctology, 2018, 38(2): 73-74. DOI:10.3969/j. issn. 1000-1174. 2018. 02. 031.
- 何红艳, 贺平, 李志鹏, 等. 挂线疗法治疗婴幼儿肛瘘(附30例报告)[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(2): 24-25. DOI:10.3969/j. issn. 1674-0491. 2008. 02. 008.  
He HY, He P, Li ZP, et al. Thread-drawing therapy in the treatment of anal fistula in infant; a report of 30 cases[J]. Colorectal and Anal Surgery, 2008, 14(2): 24-25. DOI:10.3969/j. issn. 1674-0491. 2008. 02. 008.
- Chang SC, Lin JK. Change in anal continence after surgery for intersphincteric anal fistula: a functional and manometric study[J]. International Journal of Colorectal Disease, 2003, 18(2): 111-115. DOI:10.1007/s00384-002-0430-7.  
(收稿日期: 2019-12-30)

**本文引用格式:** 陈一平, 蔡容平, 周小渔, 等. 中医挂线疗法治疗婴幼儿肛瘘的疗效观察及预后影响[J]. 临床小儿外科杂志, 2020, 19(7): 636-640. DOI:10.3969/j. issn. 1671-6353. 2020. 07. 015.

**Citing this article as:** Chen YP, Cai RP, Zhou XY, et al. Curative efficacy of thread hanging therapy for infantile anal fistula and its prognostic effect[J]. J Clin Ped Sur, 2020, 19(7): 636-640. DOI:10.3969/j. issn. 1671-6353. 2020. 07. 015.