

· 指南与共识 ·

中国痔病患者自我管理指南

任东林^{1△}, 曾宪东², 马辉³, 患者代表 12 人

1 中山大学附属第六医院肛肠外科 广东广州 510655

2 沈阳市第四人民医院 辽宁沈阳 110031

3 广西医科大学第一附属医院科研部 广西南宁 530021

△通信作者, E-mail: rendl@mail.sysu.edu.cn

[摘要] 痔病是一种常见的肛门良性疾病, 在全球范围内有着较高的发病率, 约占我国大陆城市居民肛肠疾病发病率的 50%。痔病的常见症状有出血、肿胀、脱出、疼痛、瘙痒和肛门不适等, 影响人们的日常工作和生活, 若发生严重的并发症甚至会威胁患者的生命。《中国痔病患者自我管理指南》是在《中国痔病诊疗指南(2020)》的基础上, 遵循患者指南的制定方法, 以患者关注的疾病问题为中心, 由临床专家、科研工作者和患者代表一起修订, 最终确定 23 个问题并形成推荐意见。推荐意见涉及痔病成因、分类、诊断、治疗方式、术后管理及日常护理多个方面, 以期提高痔病患者对疾病预防、诊疗、护理和康复知识的认知和了解, 从而更好地参与到痔病的诊疗决策中, 并能有效地进行痔病自我管理, 最终改善患者的健康结局。

[关键词] 痔病; 患者; 症状; 治疗; 护理; 康复; 自我管理

Chinese patient guideline for self-management of hemorrhoid

Ren Donglin^{1△}, Zeng Xiandong², Ma Hui³, 12 patient representatives

1 Department of Anorectal Surgery, The Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510655, Guangdong, China;

2 The Fourth People's Hospital of Shenyang, Shenyang 110031, Liaoning, China;

3 Research Department, The First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, Guangxi, China

[Abstract] Hemorrhoid is a common benign anorectal disease with a high incidence worldwide, accounting for approximately 50% of anorectal diseases in Chinese mainland city dwellers. Common symptoms of hemorrhoids include bleeding, swelling, prolapse, pain, pruritus, and anal discomfort, which can affect people's daily work and life. Severe complications may even threaten patients' life. The "Chinese Patient Guideline for Self-Management of Hemorrhoid" was revised by clinical experts, researchers, and patient representatives based on the "Chinese Guidelines for Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids (2020)" and following the formulation methods of patient guidelines. The guidelines focused on disease-related issues that patients concern about and ultimately identified 23 issues and formulated recommendations. These recommendations cover various aspects such as the causes, classification, diagnosis, treatment methods, postoperative management, and daily care of hemorrhoids. They aim to enhance patients' knowledge and understanding of disease prevention, diagnosis, treatment, nursing, and rehabilitation, enabling them to better participate in decision-making regarding hemorrhoid treatment and effectively manage their conditions, ultimately improving their health outcomes.

[Keywords] hemorrhoid, patient, symptoms, treatment, nursing, rehabilitation, self-management

痔病, 简称痔, 也就是人们常说的痔疮, 是最常见的一种肛门疾病。痔病在全球范围内的患病率较高, 一项针对我国大陆城市居民常见肛肠疾病的流行病学调查结果显示, 患有肛肠疾病的成年人占总调查人群的 51.14%, 其中痔病的发病率最高, 占全部肛肠疾病的 50.28%^[1]。痔病虽然是一种良性病变, 但其极易反复发作, 所导致的出血、肿胀、脱出、疼痛、瘙

痒和肛门不适等症状严重影响患者日常生活和工作^[2-3]。此外, 若发生贫血、肛门脓肿等并发症还可能危及患者生命^[1]。目前痔病的治疗方式多样, 包括饮食调整、药物治疗及手术治疗, 同时配合日常护理可获得较好的治疗效果^[1]。

近年来, 一些国外指南机构和网站开始制定针对患者及公众的疾病指南和手册。患者指南(patient

version of guidelines, PVG) 的出现在一定程度上弥补了临床实践指南不易被患者理解和读懂的缺点, 为患者进行疾病自我管理提供了新思路^[4]。疾病患者自我管理指南作为一种健康教育工具, 旨在提高患者对于疾病预防、诊疗、护理和康复知识的认知、理解和掌握, 让患者本人更好地与医务人员进行沟通, 参与到疾病诊疗的医疗决策过程中来, 并能在医院治疗和居家期间有效地进行自我管理。本指南基于循证医学理念, 以患者关注的健康问题为中心, 以当前可获得的最佳证据为基础, 制定出适合患者使用的痔病自我管理指南, 化患者被动治疗为主动参与, 充分发挥患者的主观能动性, 更好地提高痔病患者的自护能力。

1 指南形成方法

本指南的形成参考目前国内外制定疾病患者指南的方法和内容^[5-10], 主要包括以下几个方面。

1.1 发起制定任务

本指南参考患者指南修订的可行方式, 结合我国痔病临床诊疗现状, 采取以中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会所著《中国痔病诊疗指南(2020)》^[1]为基础进行指南改写的形式, 通过补充梳理近年来更新的文献证据形成推荐意见。本项目启动时间为2023年11月1日, 定稿时间为2024年3月15日。

1.2 组建指南工作组

本指南工作组由临床专家、科研工作者、痔病患者代表组成。工作组成员与本指南均不存在利益冲突。

1.3 指南使用者

患者指南旨在帮助患者和公众获取疾病知识、为患者与公众提供医疗决策支持、提高患者对治疗的依从性、促进医患有效沟通以及提高公众健康素养等方面发挥重要作用。患者指南在患者与公众的健康教育、医疗保健、诊疗等过程中占据着重要的地位。本指南目标人群为痔病患者, 但同时也可供患者家属、照护者、痔病诊疗和管理相关医务人员及普通大众使用。

1.4 指南注册

本指南参考《世界卫生组织指南制定手册》^[11]《制订/修订<临床诊疗指南>的基本方法及程序》^[12]

《如何制订患者指南》^[8]中有关内容撰写指南计划书, 并在国际实践指南注册与透明化平台 (practice guideline registration for transparency, PREPARE) 进行注册 (http://m.guidelines-registry.cn/index?lang=zh_CN), 注册号: PREPARE-2024CN480。

1.5 筛选问题

(1) 通过查阅文献资料, 咨询临床一线医师、护士等医务人员意见。(2) 通过痔病患者代表咨询会邀请来自全国不同地区、不同职业的12名痔病患者代表 (临床医师、白领、司机、其他职业者等) 进行问卷调查, 围绕6个重要方面进行深入交流: ①请说说您与痔疮的故事。②您最想了解关于痔疮的哪些事儿。③痔疮对您的影响。④您认为痔疮最理想的治疗方法是什么? ⑤您对痔疮治疗中外用、口服、手术治疗方式的看法和感受。⑥如果有一本写给患者看的指南, 您希望看到哪些内容。通过充分调研痔病患者的切实需求, 汇总多方调查意见, 最终本指南确定了23个问题。

1.6 文献检索、证据纳入及形成推荐意见

针对提出的问题, 指南工作组按人员、干预、对照、结局 (participants、interventions、comparisons、outcomes, PICO) 原则进行解构, 对解构的问题以2023年12月31日为截止日期进行检索, 检索范围为PubMed、万方、CNKI等数据库。纳入文献的类型: 系统分析/Meta分析, 原始研究 (随机对照研究、观察性研究), 国际指南。指南推荐意见的评定遵照循证证据优先、高质量证据优先、证据发表时间优先和国内指南优先的原则, 每一个推荐内容参照《JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)》^[13]进行证据分级, 将证据等级划分为Level 1~5: Level 1为多项质性研究或混合设计研究的系统评价; Level 2为多项质性研究或混合设计研究的整合; Level 3为单项质性研究; Level 4为对专家意见的系统评价; Level 5为专家意见。根据证据FAME结构, 即证据的可行性 (Feasibility)、适宜性 (Appropriateness)、临床意义 (Meanfulness)、有效性 (Effectiveness), 由专家团队共同商议给出推荐强度分级: A级推荐 (强推荐), B级推荐 (弱推荐)。本指南采用形象化、不同数量和数量的“笑脸符号”对《中国痔病诊疗指南(2020)》^[1]中的推荐意见分级进行了转化, 用“大笑符号”表示强推荐, “微笑符号”表示弱推荐, 1~5个“笑脸符号”分别表示极低质量、低质量、中等质量、较高质量和高质量证据。见图1。

分类	证据质量与推荐强度分级									
	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B
临床指南										
患者指南	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊

图1 证据质量与推荐强度分级图形转化对照
Fig.1 Graphic conversion comparison for evidence quality and recommendation strength grades

1.7 推荐意见纳入与产生

依据证据总结，结合患者意愿、治疗成本和对资源的需求等共同讨论形成推荐意见，对推荐意见进行调查、修改，形成指南初稿，再经过审核修订形成终稿。本指南最终形成23条推荐意见，包括疾病知识、治疗方案及日常护理等方面。

1.8 指南更新

本指南拟每10年按国际指南更新要求进行更新。

2 指南内容

2.1 认识什么是痔病

推荐意见1：推荐加强痔病患者对疾病的认知，了解痔病的成因、易患人群、类型、常见症状、严重并发症的危害。（推荐级别：😊😊😊😊😊）

痔病是临床上最常见的肛肠良性疾病之一，患病人群众多，病理改变主要表现为齿状线附近的静脉曲张团块，轻度的痔可无症状，随着疾病进展，临床表现多为便血、肛门肿物脱出、水肿、疼痛及排便困难等。普遍认为痔病的形成与动静脉调节障碍、肛垫和支撑组织的减弱、肛门内括约肌的痉挛有关。肛门内括约肌痉挛和排便产生的压力会导致静脉回流受阻，站立姿势会导致静脉压升高，而紧张的情绪会导致静脉压更高^[4]。因此，长期久坐或久站的职业人群、不健康生活方式（饮酒、辛辣饮食）人群、孕妇、长期便秘或腹泻患者均是痔病高发人群。

根据发病位置不同，痔病分为内痔（起源于齿状线以上并被肛管黏膜覆盖）、外痔（起源于齿状线以下并被肛门外皮肤覆盖）和混合痔（内痔和相应部位的外痔血管丛跨齿状线相互融合成一个整体）。根据Goligher分度法，内痔又分为4度，I~IV度，逐渐严重：I度排便时带血，滴血或喷射状出血，排便后出血可自行停止，没有痔脱出体外；II度经常便血，排便时有痔脱出，排便后可自行还纳；III度偶尔便血，在排便、久站、咳嗽、劳累、负重时有痔脱出，需要用手还纳；IV度偶尔便血，痔持续脱出或还纳后易脱出，有时伴有感染、水肿、糜烂、坏死和剧烈疼痛^[1]。

痔病的主要症状有出血、肿胀、脱出、疼痛、瘙痒、肛门不适等。当患者出现较明显的症状，并且影

响日常生活工作时，应及时到正规医院就诊，寻求专科医师的帮助，以免延误诊断和治疗。病情进展可能出现一些危及患者生命的严重并发症^[15]，应该引起足够的重视。

(1) 贫血。如果长时间出现便血症状，会导致贫血。较严重的贫血会导致面色苍白、倦怠乏力、食欲不振、动则气喘、水肿等症状，喷射性出血需及时就诊进行手术止血。反复便血、服用抗凝药物、高龄、孕产妇、人类免疫缺陷病毒（HIV）感染、炎症性肠病等人群更容易因痔病出血而引起中重度贫血。

(2) 坏死。如果内痔脱出肛门之外，刺激肛门括约肌引起痉挛，可使痔静脉血流受阻，痔体增大，发生嵌顿、水肿甚至局部坏死，患者有剧烈疼痛。

(3) 肛周脓肿。嵌顿痔会出现腹部不适、排便不畅、肛门肿痛的症状，如果强行复位，容易引起感染，发生肛周脓肿。炎症一旦扩散，有的会形成门静脉菌血症，甚至脓毒血症，也可形成肝脓肿。

(4) 心脑血管并发症。痔嵌顿时，如果出现剧烈疼痛，可能会诱发心绞痛；如有血栓形成，栓子可随血液循环而引发肺栓塞、脑栓塞。老年患者如果过度用力排便，会使心率加快，血压升高，引发脑出血或脑梗死。

2.2 痔病的诊断

推荐意见2：推荐有出血、肿胀、脱出、疼痛、瘙痒和肛门不适等症状的痔病患者及时到肛肠科就诊，查明是否为痔病。推荐有直肠出血或其他结直肠癌高危风险的痔病患者进行粪便隐血试验和/或结肠镜检查。（推荐级别：😊😊😊😊😊）

当患者出现前述痔病的症状或自觉有肛门部不适、排便异常等疑为痔病时，即可到医院的肛肠/胃肠/普外/痔瘻科就诊。就诊流程通常包括详细询问病史、一般体格检查、专科检查（如直肠指诊、肛门直肠镜检查），必要时辅助实验室检查、结肠镜检查、影像学检查等其他检查，排除其他肠道病变，明确诊断。直肠指诊在痔病的诊断中有重要的意义，简便易行。肛门直肠镜检查是一种常用的检查方法，可以直接观察肛门和直肠区域，帮助医师确定痔的严重程度和有无其他病变。对于有直肠出血或结直肠癌风险的

痔病患者，需进一步行粪便隐血试验和/或结肠镜检查，筛查结直肠肿瘤。

2.3 痔病的治疗

2.3.1 痔病的治疗方式

推荐意见3：推荐痔病患者了解不同的治疗方式，包括保守治疗、器械治疗及手术治疗。（推荐级别：☹️）

☹️☹️)

根据《中国痔病诊疗指南（2020）》^[1]，不同类型痔病需要个体化的治疗方案，主要包括饮食调整、坐浴、药物治疗（静脉活性药物、缓泻剂、镇痛药、外用药物、中药手段）、器械治疗及手术治疗。对于痔病患者来说，尽早就医、及时治疗可获得良好的治疗效果。痔诊疗流程见图2。

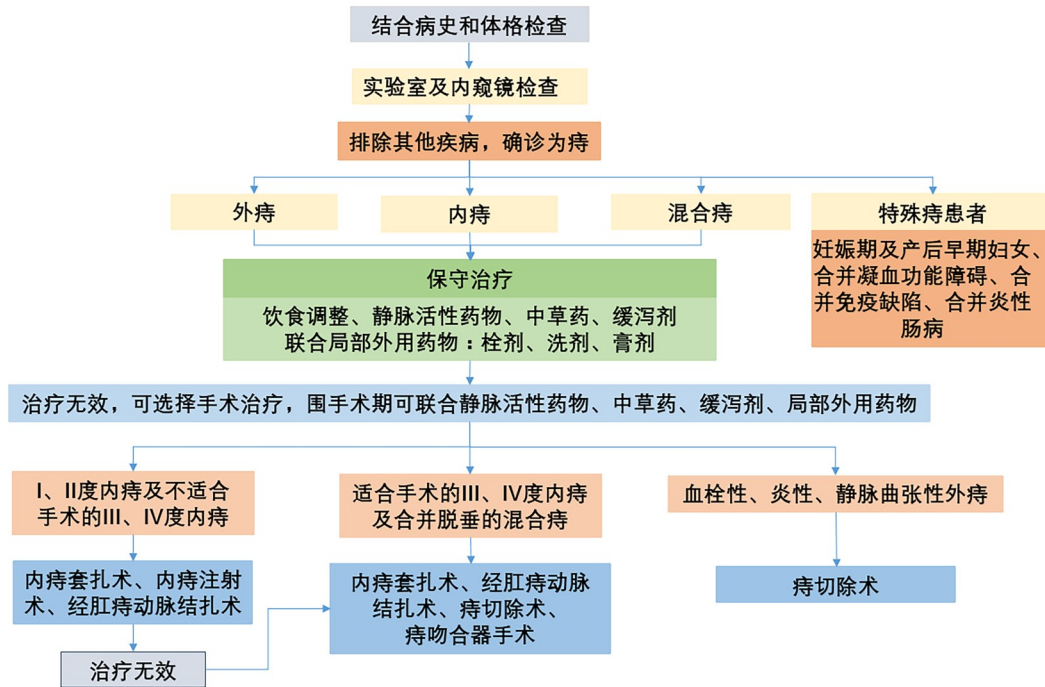


图2 痔诊疗流程

Fig.2 Hemorrhoid diagnosis and treatment process
(图片来源于网络参考文献[1])

2.3.2 痔病患者的膳食纤维补充

推荐意见4：膳食纤维可改善痔病症状和减少出血，推荐痔病患者摄入足够的膳食纤维。（推荐级别：☹️☹️☹️☹️）

高膳食纤维食物、充足水分可增加排便频率、软化粪便，减少排便时用力，减轻肛门组织压力，从而减轻痔病症状、减少痔病复发^[6]。多项研究证实，增加膳食纤维摄入量可改善痔病出血、脱垂、疼痛

或瘙痒等症状，减少内镜下痔核数量，避免走向手术治疗结局^[17-19]。根据《中国居民膳食营养素参考摄入量（2023版）》^[20]，成人每日应摄入足量膳食纤维（25~30 g/d），饮用足量水（男性1.7~3.0 L/d，女性1.5~2.7 L/d）。谷物类、蔬菜、豆类、水果及菌藻类是膳食纤维的主要来源，坚果和种子中的膳食纤维含量也非常丰富，见表1。

表1 富含膳食纤维食物推荐表
Tab.1 Recommended list of foods high in dietary fiber

谷物类食物	膳食纤维含量(g/100 g)	豆类食物	膳食纤维含量(g/100 g)	水果类食物	膳食纤维含量(g/100 g)	根茎类蔬菜食物	膳食纤维含量(g/100 g)
黑大麦	15.2	黄豆	15.5	软梨	9.1	甜菜根	5.9
荞麦	13.3	白扁豆	13.4	乐陵枣	8.8	艾蒿	3.6
藜麦	11.3	鹰嘴豆	11.6	库尔勒香梨	6.7	羽衣甘蓝	3.2
玉米(面)	6.4	绿豆	7.7	番石榴	5.9		
糙米	3.4	赤小豆	6.4				

表格来源于参考文献[20]。

2.3.3 痔病的坐浴治疗

推荐意见 5：推荐痔病患者根据临床症状，在专科医护人员的指导下采用合适的制剂和方式进行坐浴。（推荐级别：☺☺☺）

坐浴可促进肛门局部血液循环、松弛肛门内括约肌，缓解痔病症状，是痔病保守治疗方案之一。研究表明^[21]，40℃~50℃温水坐浴数分钟后肛门静息压下降，肛门内括约肌和肛管压力下降，疼痛症状明显缓解。妊娠期痔病患者在便秘治疗基础上使用温盐水坐浴治疗痔病可取得较好效果^[22]。中药熏洗法又称漏渍法，是祖国民间医学局部保守疗法的传统经验，将药物直接敷于患处，通过坐浴熏洗肛门可消除痔病静脉曲张和淤血，缓解痔核充血，有消肿、止痒的功效。传统中医熏洗坐浴基本方法：苦参五倍子汤加减（苦参、黄柏、马齿苋、五倍子、芒硝、花椒、石榴皮）有消炎、消肿、镇痛功效，适用于治疗痔急性炎性水肿疼痛患者^[23]。温水坐浴可有效改善痔切除术后疼痛、肛门灼热、肛门刺激等症^[24]。

2.3.4 痔病的药物治疗

推荐意见 6：以柑橘黄酮片为代表的静脉活性药物，可有效缓解痔病患者的出血、疼痛、瘙痒和里急后重等症，并减少症状复发，推荐 I~IV 度痔病患者将柑橘黄酮片作为首选静脉活性药物。（推荐级别：☺☺☺☺）推荐 I~IV 度痔病患者使用缓泻剂（推荐级别：☺☺☺）、镇痛药（推荐级别：☺☺☺☺☺）、局部外用药物（推荐级别：☺☺☺☺）来改善痔病的不同症状。

药物治疗是痔病一线治疗方案，主要包括静脉活性药物、缓泻剂、镇痛药、局部外用药物、传统中药，可有效改善痔病症状，减少复发。

(1) 静脉活性药物。静脉活性药物是一类由植物提取物（如类黄酮类）或合成化合物（如羟苯磺酸钙）组成的异质类药物^[25]，可用于治疗急性和慢性痔病。静脉活性药物可改善痔病患者血管张力，降低静脉容量，降低毛细血管通透性，促进淋巴引流，有效改善瘙痒、出血等痔病症状^[26-27]。柑橘黄酮片含有纯化微粒化黄酮成份，作为最具代表性的一种静脉活性药物，提取自天然柑橘，是地奥司明（90%）和其他活性黄酮类化合物（10%）的微粒化混合物，具有快速吸收的特点^[28]，可显著改善多种痔病症状。柑橘黄酮片可以减轻痔病患者急性发作时的出血、疼痛、瘙痒、肛门分泌物增加等痔病症状，提高生活质量，患者满意度更高^[29]。柑橘黄酮片对比非微粒化地奥司明，前者治疗后痔病急性发作的频率更低、持续时间更短，疼痛感更轻微。对比单用纤维补充剂，纤维补

充剂联合柑橘黄酮片能更快缓解痔病患者的出血症状^[30]。柑橘黄酮片能有效预防痔病复发，出现症状的痔病患者使用柑橘黄酮片后复发风险更低^[31]。

(2) 缓泻剂。口服纤维类缓泻剂对痔病患者具有良好的治疗作用，可缓解痔病症状（尤其是出血），降低痔病风险^[17]。常用缓泻剂：①口服纤维类缓泻剂（高纤维饮食或膨化剂），如小麦纤维素颗粒、卵叶车前子、车前草；②刺激性缓泻剂，如番泻叶和比沙可啶；③大便软化剂，如液体石蜡、种籽油；④渗透性泻剂，如乳果糖、氢氧化镁、山梨醇和乳酸。

(3) 镇痛药。镇痛药，包括非甾体类抗炎药物、局部麻醉药等，通常用作痔病手术后镇痛^[32-34]。非甾体类抗炎药物具有起效快、无麻醉性、不产生药物依赖特点，但可能会引起严重胃肠道、肾脏及心血管不良事件。在痔病手术结束前 10 分钟注射双氯芬酸钠盐酸利多卡因可明显减轻术后疼痛，减少镇痛药物的使用率，且未增加恶心和呕吐的发生率。

(4) 局部外用药物。局部外用药物包括栓剂、软膏和洗剂^[32-34]。不同类型局部外用药物作用不同，软膏常用于内痔，栓剂多用于外痔。对于大多数含有麻醉镇痛成分（如丁卡因及利多卡因）或激素类成分（如可的松）的局部外用药，虽然可暂时缓解痔病患者的疼痛、肿胀、出血症状，但长期使用可诱导过敏反应、免疫抑制反应及血管反应，不建议长期使用^[35]。

2.3.5 痔病的中医药治疗

推荐意见 7：推荐痔病患者根据临床症状，在专科医师的指导下采用中医药治疗。（推荐级别：☺☺☺☺）

中医药在减轻痔病患者临床症状、减轻疼痛、提高生活质量等方面具有一定优势^[36]。常用治疗中药材有地榆、地黄、槐角、当归、黄芩、侧柏叶，这些中药被报道可减轻痔病部分症状^[37]。我国 19 世纪开始使用的凉血地黄汤（含地榆、地黄、槐角、当归、黄芩、侧柏叶等）可用于治疗出血性痔病，改善脱垂症状，且副作用较小^[38]。

2.3.6 痔病的联合用药治疗

推荐意见 8：推荐痔病患者考虑联合用药尽快控制症状。（推荐级别：☺☺☺☺☺）

痔病受多种复杂因素的交织影响，呈现较高的复发率。药物疗效欠佳患者，建议考虑采用联合用药的治疗方案，以期获得更为理想的疗效。比如很多局部外用药物的主要目的是控制症状，而非实现疾病的根治。患者在使用局部治疗药物的同时可能需要根据病情进展考虑采用联合其他药物^[39]。研究发现，柑橘黄

酮片联合抗生素、抗炎药较单用抗生素和抗炎药，更能减少痔病手术后出血、疼痛、里急后重和瘙痒症状^[40]。

2.3.7 保守治疗无效痔病患者的治疗

推荐意见9：推荐保守治疗无效的Ⅰ～Ⅲ度内痔患者、不愿意接受手术治疗或存在手术禁忌证的Ⅳ度内痔患者采用器械治疗，推荐采用胶圈套扎法（rubber band ligation, RBL）（推荐级别：⊕⊕⊕⊕⊕）、注射疗法（推荐级别：⊕⊕⊕⊕⊕）、红外线凝固法（推荐级别：⊕⊕⊕⊕⊕）。

调整饮食、药物治疗等保守治疗无效的痔病患者可以选择器械疗法，主要包括胶圈套扎法、注射疗法、红外线凝固法、双极透热疗法等。研究表明，胶圈套扎法、注射疗法和红外线凝固法是Ⅱ度和Ⅲ度痔病经济、安全、有效的治疗方法^[41]。

（1）胶圈套扎法。胶圈套扎法是应用橡胶圈对内痔进行弹性结扎的一种方法，被套扎的痔组织缺血坏死，坏死的组织通常会在术后7～10天内脱落，数周后完全愈合^[42]。胶圈套扎法是治疗出血性内痔最常用技术^[43]，有效、经济、容易操作，但治疗后并发症较多，容易复发，可能需要重复操作^[44]。

（2）注射疗法。注射疗法是将药物注射到痔核及周围组织中，促使痔组织萎缩、出血停止，达到治疗目的。常用注射药物有聚多卡醇注射液、聚桂醇注射液、消痔灵注射液、芍倍注射液等。聚多卡醇是一种泡沫硬化剂，目前应用广泛，治疗效果好且安全性高，并发症少，操作简便，出血性痔病、妊娠期患者也可以进行注射^[45-47]。聚多卡醇兼具麻醉作用，药物注入血管安全，可用于Ⅰ～Ⅲ度痔出血的治疗^[48]。聚桂醇同样具有注入血管的安全性，但应注意给药位置和给药量，避免发生并发症^[49]。研究表明，聚桂醇泡沫硬化剂可在内镜下套扎术基础上进一步改善Ⅰ～Ⅱ度内痔患者症状，复发率低^[49]。芍倍注射液和消痔灵注射液的治疗效果较好且并发症少，但对注射技术的要求较高^[50]。芍倍注射疗法近、远期疗效较好，不良反应少，但部分痔病患者禁用该治疗，包括纤维化明显的内痔、结缔组织性外痔和血栓性外痔、妊娠期患者、处于肛管急性炎症期或合并炎症性肠病、对芍倍注射液过敏、合并严重高血压病及心、肝、肾等脏器疾病，病情不稳定者^[51]。

（3）红外线凝固法。红外线凝固法是指将红外线直接作用于痔组织，使痔组织坏死、脱落，达到治疗痔病目的，多用于Ⅰ～Ⅱ度出血性内痔。有研究表明红外线凝固法治疗痔病效果不亚于胶圈套扎法，且并发症更少，疼痛更轻^[52]，但需进一步验证。

2.3.8 保守治疗与器械治疗均无效的患者的治疗

推荐意见10：推荐保守治疗和/或器械治疗没有取得可接受结果的Ⅰ～Ⅲ度痔病患者或愿意接受手术治疗的Ⅳ度痔病患者考虑手术治疗，手术治疗推荐：①痔切除术适用于Ⅲ～Ⅳ度内痔、外痔或合并有脱垂的混合痔患者；②吻合器痔切除术（stapled hemorrhoidectomy, SH）适用于环状脱垂的Ⅲ～Ⅳ度内痔和反复出血的Ⅱ度内痔患者；③经肛痔动脉结扎术（transanal hemorrhoidal dearterialization, THD）适用于Ⅱ～Ⅲ度内痔患者。（推荐级别：⊕⊕⊕⊕⊕）

调整饮食、改变生活方式、药物保守治疗对各类痔病患者均有一定的帮助，但对于症状严重痔病患者，尤其是保守治疗与器械治疗均无效的痔病患者，需进行手术治疗^[53]。需要手术治疗的痔病患者应尽早就医，避免延误病情，影响正常生活。当前痔病治疗倡导“微创治疗和无痛化管理”与“无出血技术”理念，进一步减轻痔病患者手术痛苦^[54]。当前痔病手术类型主要有痔切除术、吻合器痔切除术、经肛痔动脉结扎术，选择何种手术方式根据患者的个体化病情而定。

（1）痔切除术。传统痔病切除方式采用的是外剥内扎术。尽管痔病切除术存在术后疼痛明显、恢复期长的缺点，但疗效明确，成功率高，不易复发，是Ⅲ～Ⅳ度痔病患者的首选手术疗法^[55]。

（2）吻合器痔切除术。吻合器痔切除术利用圆形吻合器经肛门环形切除齿状线近端黏膜下层组织，从而引起肛垫侧移和供血动脉中断的一种手术。对比传统痔病手术，吻合器痔切除术短期获益更多，如疼痛更轻、伤口愈合效果更好，住院时间更短，术后恢复时间更短，术后出血、伤口并发症、便秘和瘙痒发生率更低，患者满意度更高，但术后出现脱垂风险更高，远期复发可能性高。对于脱垂性痔病，也可选择吻合器痔上黏膜环切术（procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH），对比传统痔病切除手术，具有手术时间短，患者术后恢复快，术后疼痛轻微的优点，但其术后出血、排便困难、吻合口狭窄、直肠阴道瘘等并发症也需重视^[54]。基于微创和组织保护理念，专家推荐选择性痔上黏膜切除术（tissue-selecting therapistapler, TST），其作为由一种吻合器痔上黏膜环切术改良的新型微创治疗手术，是基于痔病形成机制与病理结构，结合中医“分段齿状结扎”理论形成的，最终实现既保护肛垫、保护肛门正常功能又切除病灶的目的^[54,56-58]。大量临床研究证实了选择性痔上黏膜切除术治疗Ⅲ/Ⅳ度痔病的有效性，减轻患者术后疼痛、急便感，保护直肠良好的顺应性

及精细控便能力^[59-61]。

(3) 经肛痔动脉结扎术。经肛痔动脉结扎术通过结扎阻断供应痔核的动脉血管，阻断痔供血，从而促使痔组织萎缩并减轻痔脱垂症状。与痔切除术相比，经肛痔动脉结扎术后出血少，需要再次急诊手术干预的患者数量显著减少，具有减轻术后疼痛和快速恢复工作能力的优势，但术后复发率较高^[62-63]。

2.3.9 痔病治疗新方法

推荐意见 11：推荐保守治疗无效的内痔患者和混合痔患者的内痔部分行消化内镜下微创治疗（推荐级别：☹☹☹☹）和射频消融治疗（推荐级别：☺☺☺☺）。

保守治疗无效的内痔患者也可考虑消化内镜下微创治疗和射频消融治疗。随着临床技术的进步和微创治疗理念的发展，专科医师开始规范应用软式内镜进行内痔的微创治疗。内痔的消化内镜微创治疗有着操作灵活、患者痛苦小、恢复期短、并发症少和费用低等特点^[64]。目前国际上内痔的内镜下微创治疗的常用方法主要包括内镜下硬化治疗（常用硬化剂有聚多卡醇、聚桂醇）、套扎治疗和红外线疗法等，其中内镜下硬化治疗和套扎治疗是国内主要采用的方法。传统痔切除术直接切除痔组织手术时间长、术后出血量大，容易引起并发症，且患者术后康复时间长。内镜下微创治疗无需切开痔组织，可减少手术创伤，患者术后恢复更快。射频消融治疗是近年来引进国内的一种新的痔病微创治疗方式，治疗时将高频电极插入痔核内部进行消融，对痔核进行热凝固，经过一段时间之后，痔核萎缩、吸收，黏膜下结缔组织发生纤维化，从而达到治疗目的。国内外研究显示，该治疗方法对 I ~ IV 度内痔均有较好的疗效和安全性，能有效改善痔病出血、脱垂等症状，术后疼痛轻，恢复快，患者满意^[65-67]。

2.3.10 痔病术后并发症的处理

推荐意见 12：痔病术后常见疼痛、出血、水肿、排便困难等并发症，推荐采用药物、坐浴缓解疼痛，改善水肿，促进术后尽快康复。（推荐级别：☺☺☺☺）

痔病手术后常见肛门疼痛、水肿、出血及感染等，可使用药物、温水坐浴等手段减轻并发症带来的困扰，促进康复。痔病手术伤口易在手术 3 ~ 5 天后裂开，应密切关注。如出现高热（体温 > 38.5 °C）、明显发炎、坏死、持续性疼痛都应联系医护人员查明原因，对症治疗。不同症状采取不同处理措施^[68-69]。

(1) 疼痛。肛门和肛周皮肤对疼痛刺激非常敏感，手术切除损伤容易出现疼痛感。痔病术后如伴有水肿或感染时，受到大便刺激，造成肛管收缩，也会导致痉挛性疼痛。术后轻微伤口疼痛无需特殊处理，

若患者疼痛较为剧烈，可根据病情给予口服镇痛药、中药坐浴熏洗、局部使用长效镇痛药等缓解疼痛。

(2) 出血。针对不同原因的出血给予对症治疗。如为术后切口少量渗血，可外用血凝酶，重新更换纱布敷料、压迫止血处理。对于术后明确的搏动性出血，需要在局部麻醉下重新缝扎出血位置。对于出血点不明确或相对较大的出血，可采用油纱条填塞、置管压迫止血处理。若术后引起大量出血、导致血压进行性下降，应及时补充血容量。

(3) 其他。针对术后水肿，可进行中药坐浴、红外线、激光照射等物理疗法协助减轻水肿。对于术后大便干燥、排便困难患者主张膳食调整为主，如多食粗纤维食物。对仍排便困难者可使用润肠、软化大便药物干预。对于需要使用缓泻药患者，建议从小剂量开始用起，以大便成形但不干燥为宜，用药时间通常不超过 2 周。

2.3.11 术后辅助药物治疗

推荐意见 13：以柑橘黄酮片为代表的静脉活性药物、非甾体类抗炎药物及含硫糖铝成分的外用药物，可作为痔病器械疗法和手术疗法的术后辅助药物治疗，帮助改善术后症状。（推荐级别：☺☺☺☺☺）

痔病术后通常出现疼痛、出血、水肿、瘙痒和里急后重等多种症状，尤其是术后疼痛感让很多痔病患者不堪其忧。因此，痔病术后可给予辅助药物治疗来减轻并发症，促进康复，缩短住院时间^[70]。

(1) 柑橘黄酮片。柑橘黄酮片可以作为痔病器械治疗、手术治疗围手术期的辅助药物治疗。口服柑橘黄酮片与红外线凝固法的止血效果相当，且柑橘黄酮片与红外线凝固法具有协同作用，联用可显著缓解 I ~ II 度急性内痔患者的出血情况。对比单用胶圈套扎法，柑橘黄酮片联合胶圈套扎法减轻痔病出血、改善瘙痒症状更显著^[71]。柑橘黄酮片有助于改善痔病术前症状，可作为严重痔病患者手术前的过渡治疗^[72]。痔切除术后给予柑橘黄酮片可减轻出血、疼痛、瘙痒及水肿症状，缩短住院时间，防止术后肛周皮赘形成，促进术后恢复^[73]。

(2) 其他。术后可使用非甾体抗炎药减轻疼痛和炎症反应。硫糖铝作为一种促进黏膜愈合的铝剂，可减轻痔病切除术后疼痛、缩短伤口愈合时间，减少术后麻醉药、镇痛药用量^[74-75]。

2.4 特殊人群痔病的治疗

2.4.1 血栓性外痔的治疗

推荐意见 14：推荐血栓性外痔患者采用基本的保守治疗。（推荐级别：☺☺☺☺☺）如果患者出现痔病急

症，如有大血栓、剧烈疼痛或出血过多，则推荐尽早（72小时内）采取手术切除。（推荐级别：☺☺☺☺☺）

血栓性外痔为痔病急症，常伴随急性、剧烈疼痛感，症状严重程度取决于血栓大小，通常在7~10天内自行消退，在某些情况下血凝块可能通过皮肤引流。如果疼痛轻微，可采取口服镇痛药，也可以采用温水坐浴、避免便秘和缩短如厕时间缓解疼痛。持续疼痛或经保守治疗缓解不明显者应尽早（通常在发病后72小时内）进行痔切除手术^[76]，有证据表明，尽早手术可显著缩短症状持续时间并降低复发率^[77-80]。

2.4.2 痔病合并免疫缺陷的治疗

推荐意见 15：推荐痔病合并免疫缺陷的患者首选保守治疗（推荐级别：☺☺☺），保守治疗无效时，推荐器械治疗（推荐级别：☺☺☺☺），也可以考虑手术治疗（推荐级别：☺☺☺☺）。

对于痔病合并免疫抑制的患者，最佳治疗方式尚未形成共识，推荐保守治疗，避免肛门直肠操作带来的脓毒血症和伤口愈合不良风险^[81]。胶圈套扎法、注射疗法相对安全，但仍需进一步验证^[82-84]。如需进行器械治疗或手术治疗，治疗前应给予抗生素^[85-86]。

2.4.3 妊娠期或产后早期痔病患者的治疗

推荐意见 16：推荐患有痔病的妊娠期或产后早期妇女优先进行保守治疗，如调整饮食（推荐级别：☺）、短期使用柑橘黄酮片（推荐级别：☺☺☺）或镇痛软膏和栓剂（推荐级别：☺）；对于患有痔病的妊娠期或产后早期的患者，当保守治疗无效时，可考虑行痔切除术（推荐级别：☺☺☺）。

妊娠期痔患病率在25%~35%，通常发生在妊娠晚期、产后早期，大多数痔病症状比较轻微（如瘙痒、不适），也有严重表现（如顽固性出血、不可还纳的痔病脱垂），一般在分娩后症状会很快自行消失，妊娠期间的治疗目的主要是缓解症状，尤其是控制疼痛^[87-88]。

（1）保守治疗。妊娠期及产后早期主要是保守治疗，侧重于调整饮食，改善生活方式，使用温和的轻泻药、大便软化剂预防便秘^[87-88]。妊娠期或产后痔病患者可在医师指导下，使用软膏、直肠乳膏、栓剂等外用制剂，安全、有效治疗痔病^[89-91]。口服药物中，柑橘黄酮片作为微粒化黄酮类化合物，可减轻妊娠期患者急性痔病发作，减少痔病复发。急性痔病发作的妊娠期患者给予柑橘黄酮片治疗后，出血、疼痛、直肠不适显著减轻、直肠分泌物显著减少，直肠炎症患者比例降低，但具体疗效有待进一步验证^[92]。因此，目前认为妊娠期痔病患者短期使用柑橘黄酮片是一种

安全、可接受且有效的治疗方式^[93]。部分中药/中成药对妊娠期痔病患者是安全的，如口服地锦草片和含地锦草外用乳膏可改善直肠出血、排便时疼痛、瘙痒、渗液和肿胀等症状，未观察到母亲或新生儿发生不良事件^[94]。

（2）手术治疗。在保守治疗未能有效缓解妊娠期痔病患者的症状时，可考虑采用手术治疗。在手术方法中，微创治疗应作为首选，通过局部麻醉进行，旨在最小化住院时间和手术创伤，以确保母婴安全^[86]。痔切除术主要适用于绞窄性痔病、广泛血栓形成的痔病、顽固性出血的痔病^[95]，对于急性血栓性外痔妊娠患者来说，手术和保守治疗对母亲及胎儿均安全，且有效，但痔切除术相比保守治疗能更快缓解疼痛^[74]。

2.4.4 痔病合并凝血功能障碍的治疗

推荐意见 17：推荐痔病合并凝血功能障碍患者的主要治疗方式为保守治疗（推荐级别：☺）；对于保守治疗不成功的患者，可考虑采用注射疗法或经肛痔动脉结扎术或痔切除术，并参考相关指南制定抗凝药物的停药措施（推荐级别：☺☺☺）；不推荐单用胶圈套扎法治疗（推荐级别：☺☺☺）。

痔病合并凝血功能障碍患者往往需要抗凝治疗，这可能会增加内痔患者出血风险，但停止抗凝治疗会增加患者的血栓栓塞风险甚至危及生命。对于长期服用抗栓药物的痔病患者，必须考虑痔病的严重程度、选择的治疗类型、适用抗凝或抗血小板治疗的疾病的严重程度、中止治疗的风险。这些抗栓药物均可诱发出血事件，但出血风险通常低于血栓形成风险。从手术类型来看，红外线凝固法、注射疗法或经肛痔动脉结扎术被认为是出血风险较低的干预措施。胶圈套扎法、痔上黏膜环切术和开放性痔切除术被认为是出血风险最高的干预措施^[86]。目前关于抗凝药物是否会增加胶圈套扎术后出血风险的结果还存在争议^[96]，所以不建议使用胶圈套扎法治疗合并凝血功能障碍痔病患者。因此，痔病合并凝血功能障碍患者主要治疗方式为保守治疗，对于保守治疗不成功的痔病合并凝血障碍患者，可考虑采用注射疗法或经肛痔动脉结扎术或痔切除术。对于计划实施痔病手术者，建议在手术前后5~7天停用抗凝剂或抗血小板药物^[97]。目前，对于抗栓治疗是否影响痔病治疗尚无确切定论^[98]。对于患有凝血功能障碍的痔病患者，必须与血液科专家合作，在围手术期进行彻底的准备，包括药物纠正凝血功能障碍，首选微创治疗，避免痔切除术^[86]。

2.4.5 痔病合并炎症性肠病的治疗

推荐意见 18：推荐痔病合并炎症性肠病患者首选保守

治疗（推荐级别：☺）；对于已经确诊炎症性肠病患者的症状性痔病，在进行外科干预之前必须详细告知患者相关并发症和风险（推荐级别：☹☹☹☹）；缓解期的炎症性肠病患者，当保守治疗不能缓解痔病症状时，可以选择性行痔切除手术、痔套扎术或经肛痔动脉结扎术，不建议采用痔固定术（推荐级别：☺☺）；克罗恩病患者的肛周皮赘应当采用保守治疗，并积极治疗原发疾病（推荐级别：☺☺）。

炎症性肠病主要与慢性腹泻有关，慢性腹泻容易出现痔病，但炎症性肠病不会导致痔病症状，痔病与炎症性肠病从病理基础上来说是两种疾病。痔病合并炎症性肠病患者应当首选保守治疗，外科手术需慎重考虑，尤其是肠道疾病活动期进行痔病手术是危险的问题^[99]。肠道疾病处于缓解期且通过保守治疗未获效的患者可以选择性行手术治疗^[100]，如痔切除手术^[101]。克罗恩病患者常伴发肛周皮赘，尽管这些皮赘类似于外痔，但其不是外痔，应积极治疗原发疾病，才能消除这些皮赘。

2.5 痔病的日常护理

2.5.1 痔病患者的饮食

推荐意见 19：推荐痔病患者调整饮食结构，包括摄入足够的液体和膳食纤维，对于防治痔病有重要意义。（推荐级别：☹☹☹☹☹）

便秘、腹泻是导致痔病的重要危险因素。干燥大便通过肛管时会损伤肛管，引起炎症，而摄入足够的液体和多吃富含膳食纤维食物可软化大便，刺激肠道蠕动，使排便顺畅，改善便秘，防治痔病^[76,85,102]。而辛辣饮食中所添加的辣椒大部分不能被人体吸收，而是随着大便排出体外，使得排便时残留的辣椒素刺激肛管，引发炎症，刺激痔病发作或复发。酒精也是引发肛管炎症的诱因之一，大量饮酒有可能会引发腹泻，使得痔病进一步恶化。因此，痔病患者日常应注意调整饮食结构，多喝水，多吃富含膳食纤维食物，避免过多食用辛辣食物，避免过量饮酒。

2.5.2 养成良好的排便习惯

推荐意见 20：推荐痔病患者养成良好的排便习惯，对于防治痔病有重要的意义。（推荐强度：☹☹☹☹）

痔病的发生发展与不良排便习惯密切相关，常见的3种排便习惯紊乱包括用力增加、排便时间延长和排便频繁。不良排便习惯可以借助“TONE”法来纠正，预防痔病进展。T—three minutes at defecation

(spending 3–5 minutes in toilet)，排便时间3~5分钟；O—once a day (frequency of defecation to be once a day)，每日排便一次；N—no straining (no excessive straining while defecating, taking no newspaper or mobile phone in the toilet)，排便时勿过度用力，不看报纸或接打电话；E—enough fiber (5–6 teaspoons of fiber with 500–600 mL of water)，摄入充足的纤维素和水分。研究表明，充足的膳食纤维配合“TONE”法可以纠正排便习惯紊乱，阻止痔病进展，改善出血、脱垂等症状，避免痔病患者走到手术治疗结局^[103]。

2.5.3 进行适当的运动

推荐意见 21：推荐痔病患者避免长时间保持同一姿势，适当运动更有助于防治痔病。（推荐强度：☹☹）

久坐和缺乏运动曾被认为是发生痔病的危险因素，然而结论并不统一^[3,104–106]。研究发现，缺乏规律的体力活动、办公室工作期间长时间坐着可增加痔病发生风险^[106]，偶尔运动和经常运动的痔病患者痔病复发的可能性较低^[106]。对于运动防治痔病，一方面是适量运动可预防便秘，从而减少痔病风险，另一方面是选择合适有氧运动，如步行、游泳，可降低痔病风险^[105]。容易对腹部施加压力的运动，如骑自行车、划船、骑马等，则应尽量避免，更有利于痔病防治。

2.5.4 痔病手术后的注意事项

推荐意见 22：推荐痔病患者术后根据自身情况调整饮食、运动，减轻术后疼痛感、促进尽快康复。（推荐级别：☺）

痔病手术后保持健康饮食习惯和运动行为有助于保持身体健康，促进术后康复。术后24小时内勿食用可能引起腹泻的食物，术后应食用易消化、易吸收、不易产生腹胀的食物。长期卧床会减少肌肉的强度，损害肺功能，应在术后第1天下床活动1~2小时，后至出院前每天下床活动4~6小时^[107]。

2.5.5 其他注意事项

推荐意见 23：推荐痔病患者关注气温、情绪等其他影响痔病进展的因素，减少不利因素影响。（推荐强度：☹☹）

便秘、吸烟、超重、压力等因素均带来更高的痔病风险，所以在日常生活中注意治疗便秘、戒烟、将体重控制在合理范围、缓解精神压力均对防治痔病有重要意义^[108–110]。

致谢 感谢痔病患者代表咨询会以及全国12名痔病患者代表对本指南修订工作的大力支持！

利益冲突声明 全体作者均声明不存在与本文相关的利益冲突。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 中国痔病诊疗指南(2020)[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(5): 519-533.
- [2] DE SCHEPPER H, COREMANS G, DENIS M A, et al. Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease[J]. Acta gastro-enterologica Belgica, 2021, 84(1): 101-120.
- [3] LOHSIRIWAT V, SHEIKH P, BANDOLON R, et al. Recurrence rates and pharmacological treatment for hemorrhoidal disease: a systematic review[J]. Advances in therapy, 2023, 40(1): 117-132.
- [4] 宁允, 王晗, 李艳, 等. 《SIGN148 ACS患者指南手册》解读[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2021, 13(6): 641-660.
- [5] 陈耀龙, 蔡业峰, 刘辉, 等. 促进患者与公众指南在中国发展的倡议[J]. 协和医学杂志, 2022, 13(4): 670-672.
- [6] 晏利姣, 梁士兵, 余泽宇, 等. 患者版指南发展现状与研究前景[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23(2): 221-226.
- [7] 王小琴, 童雅婧, 何江华, 等. 患者指南制订的基本原则和方法(一)[J]. 中国循证儿科杂志, 2017, 12(6): 476-478.
- [8] 陈耀龙, 荀杨芹, 李博, 等. 如何制订患者指南[J]. 协和医学杂志, 2020, 11(4): 453-458.
- [9] SANTESSO N, MORGANO G P, JACK S M, et al. Dissemination of clinical practice guidelines: a content analysis of patient versions[J]. Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making, 2016, 36(6): 692-702.
- [10] TRACTENBERG R E, GARVER A, LJUNGBERG I H, et al. Maintaining primacy of the patient perspective in the development of patient-centered patient reported outcomes[J]. PLoS One, 2017, 12(3): e0171114.
- [11] 世界卫生组织. WHO指南制定手册—第二版[EB/OL]. (2014-12-18) [2024-03-18]. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145714/9789245548966-chi.pdf>
- [12] 蒋朱明. 制订/修订《临床诊疗指南》的基本方法及程序[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(4): 250-253.
- [13] 王春青, 胡雁. JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967.
- [14] YAMANA T. Japanese practice guidelines for anal disorders I. hemorrhoids[J]. Journal of the anus, rectum and colon, 2017, 1(3): 89-99.
- [15] 金定国, 金纯. 痔瘕专科百问百答[M]. 北京: 科学出版社, 2020.
- [16] ALONSO-COELLO P, MILLS E, HEELS-ANSDELL D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis[J]. The American journal of gastroenterology, 2006, 101(1): 181-188.
- [17] ALONSO-COELLO P, GUYATT G, HEELS-ANSDELL D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. The Cochrane database of systematic reviews, 2005, 2005(4): Cd004649.
- [18] MOESGAARD F, NIELSEN M L, HANSEN J B, et al. High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin[J]. Diseases of the colon and rectum, 1982, 25(5): 454-456.
- [19] RIVADENEIRA D E, STEELE S R, TERNENT C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010) [J]. Diseases of the colon and rectum, 2011, 54(9): 1059-1064.
- [20] 中国营养学会. 中国居民膳食营养素参考摄入量(2023版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [21] DODI G, BOGONI F, INFANTINO A, et al. Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressure profiles[J]. Diseases of the colon and rectum, 1986, 29(4): 248-251.
- [22] SHIRAH B H, SHIRAH H A, FALLATA A H, et al. Hemorrhoids during pregnancy: sitz bath vs. ano-rectal cream: a comparative prospective study of two conservative treatment protocols[J]. Women and birth: journal of the Australian College of Midwives, 2018, 31(4): e272-e277.
- [23] 徐廷翰, 欧亚龙. 中西医结合大肠肛门病研究新进展[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2004.
- [24] ABD-ELMAGED A S, ABDELMOWLA R A A, EL-RAHIM E A A. Effects of warm water sitz bath on post-hemorrhoidectomy symptoms[J]. Journal of nursing and health science, 2018, 7(6): 57-65.
- [25] TROMPETTO M, CLERICO G, COCORULLO G F, et al. Evaluation and management of hemorrhoids: Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement[J]. Techniques in coloproctology, 2015, 19(10): 567-575.
- [26] WADWORTH A N, FAULDS D. Hydroxyethylrutosides. A review of its pharmacology, and therapeutic efficacy in venous insufficiency and related disorders[J]. Drugs, 1992, 44(6): 1013-1032.
- [27] STRUCKMANN J R, NICOLAIDES A N. FLAVONOIDS. A review of the pharmacology and therapeutic efficacy of Daflon 500 mg in patients with chronic venous insufficiency and related disorders[J]. Angiology, 1994, 45(6): 419-428.
- [28] GARNER R C, GARNER J V, GREGORY S, et al. Comparison of the absorption of micronized (Daflon 500 mg) and non-micronized 14C-diosmin tablets after oral administration to healthy volunteers by accelerator mass spectrometry and liquid scintillation counting[J]. Journal of pharmaceutical sciences, 2002, 91(1): 32-40.
- [29] SHEIKH P, LOHSIRIWAT V, SHELYGIN Y. Micronized purified flavonoid fraction in hemorrhoid disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Advances in therapy, 2020, 37(6): 2792-2812.
- [30] HO Y H, TAN M, SEOW-CHOEN F. Micronized purified flavonoid fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial[J]. Diseases of the colon and rectum, 2000, 43(1): 66-69.
- [31] ALONSO-COELLO P, ZHOU Q, MARTINEZ-ZAPATA M J, et al. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids[J]. The British journal of surgery, 2006, 93(8): 909-920.
- [32] 吕国恩, 陈学清, 彭亮, 等. 复方利多卡因乳膏对内镜下套扎痔患者术后镇痛效应的影响[J]. 中国处方药, 2023, 21(3): 120-123.
- [33] 黄文, 张敏, 李坤, 等. 小剂量布比卡因鞍麻联合双氯芬酸钠栓剂术后镇痛在痔疮手术快速康复中的应用[J]. 中国现代医生, 2022, 20(6): 138-141.
- [34] PERIVOLIOTIS K, CHATZINIKOLAOU C, SYMEONIDIS D, et al. Comparison of ointment-based agents after excisional procedures for hemorrhoidal disease: a network meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Langenbeck's ar-

- chives of surgery, 2023, 408: 401.
- [35] RATTO C, OREFICE R, TISO D, et al. Management of hemorrhoidal disease: new generation of oral and topical treatments[J]. *European review for medical and pharmacological sciences*, 2020, 24(18): 9645-9649.
- [36] ZHOU M, JIN W, LI P, et al. Traditional Chinese Medicine in the treatment of hemorrhoids-a review of preparations used and their mechanism of action[J]. *Frontiers in pharmacology*, 2023, 10: 1-6.
- [37] GAN T, LIU Y D, WANG Y, et al. Traditional Chinese Medicine herbs for stopping bleeding from haemorrhoids. The Cochrane database of systematic reviews, 2010(10): Cd006791.
- [38] SHI S Y, ZHOU Q, HE Z Q, et al. Traditional Chinese medicine (Liang-Xue-Di-Huang Decoction) for hemorrhoid hemorrhage: Study Protocol Clinical Trial (SPIRIT Compliant) [J]. *Medicine*, 2020, 99(16): e19720.
- [39] LOHSIRIWAT V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management[J]. *World journal of gastroenterology*, 2012, 18(17): 2009-2017.
- [40] LA TORRE F, NICOLAI A P. Clinical use of micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy: results of a randomized, controlled, clinical trial[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2004, 47(5): 704-710.
- [41] TUTINO R, SALAMONE G, DE MARCO P, et al. Outpatient treatment of hemorrhoidal disease: the alternative way to treat hemorrhoidal disease in a simple, safe and effective manner[J]. *Reviews on recent clinical trials*, 2021, 16(1): 5-9.
- [42] 中国中西医结合大肠肛门病专业委员会痔套扎治疗专家组. 痔套扎治疗中国专家共识(2015版)[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2015, 18(12): 1183-1185.
- [43] SALGUEIRO P, RAMOS M I, CASTRO-POÇAS F, et al. Office-based procedures in the management of hemorrhoidal disease: rubber band ligation versus sclerotherapy - systematic review and meta-analysis[J]. *GE Portuguese journal of gastroenterology*, 2022, 29(6): 409-419.
- [44] COUGHLIN O P, WRIGHT M E, THORSON A G, et al. Hemorrhoid banding: a cost-effectiveness analysis[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2019, 62(9): 1085-1094.
- [45] GALLO G, PICCIARIELLO A, PIETROLETTI R, et al. Sclerotherapy with 3% polidocanol foam to treat second-degree haemorrhoidal disease: three-year follow-up of a multicentre, single arm, IDEAL phase 2b trial[J]. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2023, 25(3): 386-395.
- [46] MISHRA S, SAHOO A K, ELAMURUGAN T P, et al. Polidocanol versus phenol in oil injection sclerotherapy in treatment of internal hemorrhoids: a randomized controlled trial[J]. *The Turkish journal of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*, 2020, 31(5): 378-383.
- [47] LOBASCIO P, LAFORGIA R, NOVELLI E, et al. Short-term results of sclerotherapy with 3% polidocanol foam for symptomatic second- and third-degree hemorrhoidal disease[J]. *Journal of investigative surgery: the official journal of the Academy of Surgical Research*, 2021, 34(10): 1059-1065.
- [48] 中国医师协会肛肠医师分会, 中华医学会外科学分会结直肠外科学组. 痔注射治疗中国专家共识(2023版)[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2023, 26(12): 1103-1111.
- [49] 陈苏阳, 蒋燕, 焦胜, 等. 内镜下套扎联合泡沫硬化剂注射治疗Ⅱ~Ⅲ度内痔的疗效及安全性分析[J]. *实用临床医药杂志*, 2021, 25(22): 121-125.
- [50] 安阿玥, 王晏美, 范学顺, 等. 芍倍注射液治疗痔的临床疗效和病理学观察[J]. *中国临床医生*, 2007, 35(10): 41-43.
- [51] 中国中西医结合学会大肠肛门疾病专业委员会. 痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017版)[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2017, 20(12): 1434-1436.
- [52] DING Z, XUAN J, TANG G, et al. Rubber band ligation versus coagulation for the treatment of haemorrhoids: a meta-analysis of randomised controlled trials[J]. *Postgraduate medical journal*, 2023, 99(1175): 946-953.
- [53] Acheson A G, Scholefield J H. Management of haemorrhoids[J]. *BMJ Clinical research*, 2008, 336(7640): 380-383.
- [54] 刘访, 苏丹, 林宏城, 等. 任东林教授中西医结合防治肛肠疾病的学术理念及其临床经验撷菁[J]. *结直肠肛门外科*, 2023, 29(2): 151-157.
- [55] SHANMUGAM V, THAHA M A, RABINDRANATH K S, et al. Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy[J]. *The British journal of surgery*, 2005, 92(12): 1481-1487.
- [56] LIN H C, LIAN L, XIE S K, et al. The tissue-selecting technique: segmental stapled hemorrhoidopexy[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2013, 56(11): 1320-1324.
- [57] LIN H C, HE Q L, REN D L, et al. Partial stapled hemorrhoidopexy: a minimally invasive technique for hemorrhoids[J]. *Surgery today*, 2012, 42(9): 868-875.
- [58] LIN H C, REN D L, HE Q L, et al. Partial stapled hemorrhoidopexy versus circular stapled hemorrhoidopexy for grade III-IV prolapsing hemorrhoids: a two-year prospective controlled study[J]. *Techniques in coloproctology*, 2012, 16(5): 337-343.
- [59] LEUNG A L H, CHEUNG T P P, TUNG K, et al. A prospective randomized controlled trial evaluating the short-term outcomes of transanal hemorrhoidal dearterialization versus tissue-selecting technique[J]. *Techniques in coloproctology*, 2017, 21(9): 737-743.
- [60] NALDINI G, FABIANI B, MENCONI C, et al. Tailored prolapse surgery for the treatment of hemorrhoids with a new dedicated device: TST Starr plus[J]. *International journal of colorectal disease*, 2015, 30(12): 1723-1728.
- [61] LIN H C, LUO H X, ZBAR A P, et al. The tissue selecting technique (TST) versus the Milligan-Morgan hemorrhoidectomy for prolapsing hemorrhoids: a retrospective case-control study[J]. *Techniques in coloproctology*, 2014, 18(8): 739-744.
- [62] DE NARDI P, CAPRETTI G, CORSARO A, et al. A prospective, randomized trial comparing the short- and long-term results of doppler-guided transanal hemorrhoid dearterialization with mucopexy versus excision hemorrhoidectomy for grade III hemorrhoids[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2014, 57(3): 348-353.
- [63] SIMILLIS C, THOUKIDIDOU S N, SLESSER A A, et al. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids[J]. *The British journal of surgery*, 2015, 102(13): 1603-1618.
- [64] 中华医学会消化内镜学分会内痔协作组. 中国消化内镜内痔诊疗指南及操作共识(2021)[J]. *中华消化内镜杂志*, 2021, 38(9):

- 676-687.
- [65] HASSAN S, MCGRATH D, BARNES R, et al. Radiofrequency ablation (Rafaelo Procedure) for the treatment of hemorrhoids: a case series in the United Kingdom[J]. *Annals of coloproctology*, 2023, 39(2): 164-167.
- [66] EDDAMA M M R, EVERSON M, RENSHAW S, et al. Radiofrequency ablation for the treatment of haemorrhoidal disease: a minimally invasive and effective treatment modality[J]. *Techniques in coloproctology*, 2019, 23(8): 769-774.
- [67] 朱志红, 曹莫寒, 王志民, 等. 射频消融术改善内痔出血症状的临床疗效观察[J]. *结直肠肛门外科*, 2023, 29(6): 592-596.
- [68] 侯文肖, 程一乘, 郑丽华. 痔术后常见并发症原因分析及处理[J]. *中国临床医生杂志*, 2024, 52(1): 7-9.
- [69] 余求祥, 郑丽华. 痔切除术后疼痛的常见原因和处理[J]. *中国临床医生杂志*, 2024, 52(1): 12-14.
- [70] LOHSIRIWAT V, JITMUNGNGAN R. Strategies to reduce post-hemorrhoidectomy pain: a systematic review[J]. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 2022, 58(3): 418.
- [71] DIMITROULOPOULOS D, TSAMAKIDIS K, XINOPOULOS D, et al. Prospective, randomized, controlled, observer-blinded trial of combined infrared photocoagulation and micronized purified flavonoid fraction versus each alone for the treatment of hemorrhoidal disease[J]. *Clinical therapeutics*, 2005, 27(6): 746-754.
- [72] OREFICE R, LITTA F, PARELLO A, et al. A prospective study on the efficacy of two different phlebotonic therapies as a bridge to surgery in patients with advanced hemorrhoidal disease[J]. *Journal of clinical medicine*, 2021, 10(8): 1549.
- [73] FU H, GUO W, ZHOU B, et al. Efficacy and safety of micronized purified flavonoid fractions for the treatment of postoperative hemorrhoid complications: a systematic review and meta-analysis[J]. *Phytomedicine: international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, 2022, 104: 154244.
- [74] ALA S, SAEEDI M, ESHGHI F, et al. Efficacy of 10% sucralfate ointment in the reduction of acute postoperative pain after open hemorrhoidectomy: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial[J]. *World journal of surgery*, 2013, 37(1): 233-238.
- [75] VEJDAN A K, KHOSRAVI M, AMIRIAN Z, et al. Evaluation of the efficacy of topical sucralfate on healing haemorrhoidectomy incision wounds and reducing pain severity: a randomised clinical trial[J]. *International wound journal*, 2020, 17(4): 1047-1051.
- [76] GALLO G, MARTELLUCCI J, STURIALE A, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease[J]. *Techniques in coloproctology*, 2020, 24(2): 145-164.
- [77] MEDKOVA Y, TULINA I, NOVIKOV I, et al. Thrombosed external hemorrhoids during pregnancy: surgery versus conservative treatment[J]. *Updates in surgery*, 2024, 76(2): 539-545.
- [78] SELVAGGI L, SCIAUDONE G, CANONICO S, et al. The management of acute hemorrhoidal disease[J]. *Reviews on recent clinical trials*, 2021, 16(1): 91-95.
- [79] PICCIARIELLO A, RINALDI M, GROSSI U, et al. Management and treatment of external hemorrhoidal thrombosis[J]. *Frontiers in surgery*, 2022, 9: 898850.
- [80] YALCINKAYA A, YALCINKAYA A, ATICI S D, et al. Local excision versus thrombectomy in thrombosed external hemorrhoids: a multicenter, prospective, observational study[J]. *BMC Surgery*, 2023, 23(1): 228.
- [81] MORANDI E, MERLINI D, SALVAGGIO A, et al. Prospective study of healing time after hemorrhoidectomy: influence of HIV infection, acquired immunodeficiency syndrome, and anal wound infection[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 1999, 42(9): 1140-1144.
- [82] SCAGLIA M, DELAINI G G, DESTEFANO I, et al. Injection treatment of hemorrhoids in patients with acquired immunodeficiency syndrome[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2001, 44(3): 401-404.
- [83] BUCHMANN P, SEEFELD U. Rubber band ligation for piles can be disastrous in HIV-positive patients[J]. *International journal of colorectal disease*, 1989, 4(1): 57-58.
- [84] STAVROU G, TZIKOS G, MALLIOU P, et al. Rubber band ligation of hemorrhoids: is the procedure effective for the immunocompromised, hemophiliacs and pregnant women? [J]. *Annals of gastroenterology*, 2022, 35(5): 509-513.
- [85] VAN TOL R R, KLEIJNEN J, WATSON A J M, et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease[J]. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2020, 22(6): 650-662.
- [86] MEHIC R, INDREICA1 V, MARCU2 V, et al. Special conditions in the treatment of hemorrhoidal disease. The advantages of THD-RAR in the treatment of hemorrhoidal disease in these situations[J]. *Romanian Medical Journal*, 2020, 67(3): 259-267.
- [87] ABRAMOWITZ L, SOBHANI I, BENIFLA J L, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery[J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2002, 45(5): 650-655.
- [88] LONGO S A, MOORE R C, CANZONERI B J, et al. Gastrointestinal conditions during pregnancy[J]. *Clinics in colon and rectal surgery*, 2010, 23(2): 80-89.
- [89] BUŽINSKIENĖ D, SABONYTĖ-BALŠAITIENĖ Ž, POŠKUS T. Perianal diseases in pregnancy and after childbirth: frequency, risk factors, impact on women's quality of life and treatment methods[J]. *Frontiers in surgery*, 2022, 9: 788823.
- [90] VOHRA S, AKOURY H, BERNSTEIN P, et al. The effectiveness of Proctofoam-HC for treatment of hemorrhoids in late pregnancy[J]. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*, 2009, 31(7): 654-659.
- [91] EBRAHIMI N, VOHRA S, GEDEON C, et al. The fetal safety of hydrocortisone-pramoxine (Proctofoam-HC) for the treatment of hemorrhoids in late pregnancy[J]. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*, 2011, 33(2): 153-158.
- [92] QUIJANO C E, ABALOS E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. The Cochrane database of systematic reviews, 2005 (3): Cd004077.
- [93] BUCKSHEE K, TAKKAR D, AGGARWAL N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy[J]. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 1997, 57(2): 145-151.
- [94] PORWAL A, GANDHI P, MOKASHI-BHALERAO N, et al. Effi-

- cacy and safety of oral euphorbia prostrata tablet and topical cream in the management of hemorrhoids during pregnancy: results from a prospective multicenter study[J]. *Cureus*, 2024, 16(2): e54152.
- [95] FIORDALISO M, DE MARCO F A, D'ALESSANDRO V, et al. Treatment of haemorrhoids in pregnancy: a retrospective review[J]. *Annali italiani di chirurgia*, 2023, 94: 274-280.
- [96] NELSON R S, EWING B M, TERNENT C, et al. Risk of late bleeding following hemorrhoidal banding in patients on anti-thrombotic prophylaxis[J]. *American journal of surgery*, 2008, 196(6): 994-999; discussion 999.
- [97] MOUNSEY A L, HALLADAY J, SADIQ T S. Hemorrhoids[J]. *American family physician*, 2011, 84(2): 204-210.
- [98] YANO T, NOGAKI T, ASANO M, et al. Outcomes of case-matched injection sclerotherapy with a new agent for hemorrhoids in patients treated with or without blood thinners[J]. *Surgery today*, 2013, 43(8): 854-858.
- [99] CRACCO N, ZINICOLA R. Is haemorrhoidectomy in inflammatory bowel disease harmful? An old dogma re-examined[J]. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2014, 16(7): 516-519.
- [100] GROSSI U, GALLO G, DI TANNA G L, et al. Surgical management of hemorrhoidal disease in inflammatory bowel disease: a systematic review with proportional meta-analysis[J]. *Journal of clinical medicine*, 2022, 11(3): 709.
- [101] KARIN E, AVITAL S, DOTAN I, et al. Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation in patients with Crohn's disease[J]. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2012, 14(1): 111-114.
- [102] HASSAN C, EAST J, RADAELLI F, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019[J]. *Endoscopy*, 2019, 51(8): 775-794.
- [103] GARG P, SINGH P. Adequate dietary fiber supplement and TONE can help avoid surgery in most patients with advanced hemorrhoids[J]. *Minerva gastroenterologica e dietologica*, 2017, 63(2): 92-96.
- [104] GREEN J, PEERY A F, SANDLER R S, et al. Risk factors for hemorrhoids on screening colonoscopy[J]. *Plos One*, 2015, 10(9): e0139100.
- [105] DE MARCO S, TISO D. Lifestyle and risk factors in hemorrhoidal disease[J]. *Frontiers in surgery*, 2021, 8: 729166.
- [106] OBERI I A, OMAR Y, ALFAIFI A J, et al. Prevalence of hemorrhoids and their risk factors among the adult population in Jazan, Saudi Arabia[J]. *Cureus*, 2023, 15(9): e45919.
- [107] 世界中医药学会联合会肛肠病专业委员会. 痔的围手术期管理专家共识[J]. *中国微创外科杂志*, 2023, 23(6): 401-408.
- [108] RAKINIC J, POOLA V P. Hemorrhoids and fistulas: new solutions to old problems[J]. *Current problems in surgery*, 2014, 51(3): 98-137.
- [109] AKÇAY B D, GÜL V O, ÖZER S, et al. Effects of subjective sleep quality on the quality of life in patients with chronic anorectal disorder[J]. *Turkish journal of surgery*, 2018, 34(4): 276-281.
- [110] HONG Y S, JUNG K U, RAMPAL S, et al. Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle-aged Korean adults[J]. *Scientific reports*, 2022, 12(1): 129.

[收稿日期：2024-03-18]

(编辑：马辉)