

• 共识与指南 •

痔的围手术期管理专家共识

世界中医药学会联合会肛肠病专业委员会

文献标识: C 文章编号: 1009-6604(2023)06-0401-08

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2023.06.001

痔是临床上最常见的肛肠疾病之一。痔确切的患病率并不清楚,大多数有良性肛门直肠症状的患者采用非处方疗法进行自我治疗^[1]。痔可发生于任何年龄,30~49岁患病率最高^[2]。

根据痔发病部位的不同,可分为内痔、外痔和混合痔。临床常采用 Goligher 分类法将内痔分为 4 度,《中国痔病诊疗指南(2020)》^[3]推荐,对于Ⅲ~Ⅳ度内痔、外痔或合并有脱垂的混合痔患者,或者保守治疗和(或)器械治疗没有取得可接受结果的Ⅰ~Ⅲ度痔患者,可进行手术治疗,围手术期作为临床治疗的重要阶段,对于手术治疗和术后恢复具有重要意义。为促进规范化、系统性痔的围手术期管理,基于国内外循证医学证据,结合我国临床实践,世界中医药学会联合会肛肠病专业委员会组织专家制订《痔的围手术期管理专家共识》,整体梳理痔的围手术期管理方案与治疗建议,推进痔的围手术期标准化、规范化管理,提升手术治疗效果和安全性,减少术后并发症,提高患者生活质量,以期临床医师制定痔的围手术期管理方案提供指导。

1 共识制定标准

检索 PubMed、Embase、中华医学期刊全文数据库、中国知网(CNKI)、万方数据库,依次查找相关的临床实践指南、专家共识、meta 分析、真实世界研究、随机对照试验、系统性回顾分析等。检索时间为建库至 2022 年 9 月。检索词包括: hemorrhoidal disease、hemorrhoid、internal and external hemorrhoids、hemorrhoidopexy、hemorrhoidectomy、PPH、Milligan-Morgan、Ferguson、stapled hemorrhoidopexy、痔、内外痔、

痔悬吊术、痔切除术、吻合器痔上黏膜环切术、痔外剥内扎术、闭合式痔切除术、痔上黏膜环切吻合术。证据分级和推荐级别采用澳大利亚 Joanna Briggs 研究所(Joanna Briggs Institute, JBI)证据预分级和证据推荐级别系统^[4]。

共识推荐意见的评定遵循循证证据优先、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,每一则推荐内容参照 JBI 证据预分级系统进行证据分级,同时根据证据 FAME 结构的有效性、可行性、适宜性和临床意义进行评价,再决定最终纳入的证据。本共识采用问卷调查法,由专家团队共同投票给出推荐强度分级(表 1)。

2 术前准备

2.1 术前沟通

详细询问病史,排除手术禁忌证^[5]。必须重视治疗前与患者的谈话,重点谈论术后的并发症,如术后水肿、出血、疼痛、肛门不平整、肛门不适感、切口延期愈合、复发以及术后对并发症的处理,尤其重点强调肛门水肿、肛门不平整及可能发生的不良事件与处理方法,取得知情同意。谈话态度既和蔼又语气坚定,重点问题要重点强调。

【专家建议】与患者进行术前谈话,根据患者意愿选择合适的手术、麻醉及治疗方案。(证据等级: 5; 推荐强度: A)

2.2 术前检查

术前检查要基于详细的病史、体格检查结果、手术方式和麻醉方法,选择性地进行的血常规,肝、肾功能,电解质,血糖,凝血功能,传染病(乙型肝炎、丙

通讯作者: 陈朝文(北京大学第三医院普外科肛肠诊疗中心,北京 100191), E-mail: chenchao wen_bysy@163.com

表 1 JBI 证据等级和推荐强度分级^[4]

证据等级	等级说明
1	证据来源于多项随机临床研究或多项 meta 分析或实验性研究
2	证据来源于单项随机研究或多项非随机研究或类实验性研究
3	证据来源于观察性-分析性研究
4	证据来源于观察性-描述性研究
5	证据来源于专家意见
推荐级别	判断标准
A 级推荐: 强推荐	1. 明确显示干预措施利大于弊或弊大于利 2. 高质量证据支持应用 3. 对资源分配有利或无影响 4. 考虑了患者的价值观、意愿和体验
B 级推荐: 弱推荐	5. 干预措施利大于弊或弊大于利, 尽管证据尚不够明确 6. 有证据支持应用, 尽管证据质量不够高 7. 对资源分配有利, 或无影响, 或有较小影响 8. 部分考虑, 或并未考虑患者的价值观、意愿和体验

型肝炎、梅毒、艾滋病), 心电图, 胸部 X 线片等检查。评估排便习惯改变和体重减轻等症状, 排除其他病变。对于高龄、胃肠道肿瘤病史、直肠出血、隐匿性消化道出血、缺铁性贫血、粪便潜血试验阳性、便血、黑便等^[4], 治疗前行肠镜及相关检查进行诊断^[4]。

【专家建议】应有针对性地评估就诊者的病史信息和体格检查结果, 如果有直肠出血或其他结直肠癌高危风险, 应行进一步检查, 如粪便隐血试验或(和)结肠镜检查。(证据等级: 5; 推荐强度: A)

2.3 健康教育

介绍痔的相关知识, 包括术前戒烟戒酒、禁食禁饮方法、床上排尿训练、排便训练与监测粪便稠度、坐浴知识^[4]、保持肛周卫生、术后饮食及高纤维饮食、术后早期下床活动内容, 增强患者治疗的信心和依从性^[4], 减缓焦虑^[4]。

【专家建议】对患者进行疾病相关知识、术前术后管理等系统教育, 让患者对自我疾病有一个较为客观的认识, 了解患者是否存在心理问题。(证据等级: 5; 推荐强度: A)

2.4 肠道准备

机械性肠道准备(mechanical bowel preparation, MBP)包括术前口服泻药、逆行灌肠、调节饮食, 常规应用于术前。尽管 MBP 在降低手术部位感染率方面的作用存在争议, 但美国结直肠外科医师协会(American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS)^[4]建议将 MBP 联合术前口服抗生素用于

选择性结直肠切除术, 术前高质量的肠道准备对手术患者预后及功能恢复至关重要, 有助于患者术后恢复。

【专家建议】术前需排空大便, 可使用口服缓泻剂, 或术前灌肠进行肠道准备。(证据等级: 2; 推荐强度: A)

2.5 术前抗生素的应用

对于术前使用抗生素以降低手术部位感染, 目前争议比较大。ORALEV 研究^[2]显示, 在结肠手术前一天给予口服抗生素(oral antibiotics, OAB)作为预防措施可显著降低手术部位感染的发生率。meta 分析^[3]显示, OAB(与 MBP 联合使用或单独使用)在预防选择性结直肠手术的手术部位感染方面具有潜在作用。而一项多中心回顾性研究^[4]显示预防性应用抗生素并不能降低术后手术部位感染率, 不需要常规使用。

【专家建议】术前不需要常规使用抗生素。(证据等级: 2; 推荐强度: A)

2.6 麻醉与手术选择

2.6.1 术前麻醉评估 保障患者手术安全, 需要完成术前麻醉和手术风险评估。美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologists, ASA)分级^[5]可量化患者的生理储备。ASA I 级和 II 级患者行痔手术是安全的, ASA III 级患者需要在密切监测下进行痔手术^[4]。

气道评估: 推荐采用多模式评估方法进行风险评估, 综合上唇咬合试验、改良 Mallampati 分级、甲

颌距离、张口度和各种影像学方法联合作为气管插管的评估指标。

椎管内麻醉评估: 观察患者背部是否有脊柱畸形、皮肤外伤和感染等。询问患者是否有中枢神经病史和周围神经病变,了解异常出血史、用药史、过敏史,术前完善血常规和凝血功能检查。

麻醉评估时筛查出合并肥胖、阻塞性睡眠呼吸暂停或慢性阻塞性肺疾病,并且未能较好控制的患者,应在药物治疗改善病情后择期手术^[17]。

2.6.2 麻醉方式与麻醉药物的选择 麻醉方式的选择应依据患者术前身体状况及术式进行综合分析后制定个体化方案。痔手术常用的麻醉方式有局部浸润麻醉、椎管内麻醉、全身麻醉等^[18]。椎管内麻醉和全身麻醉都能提供完善的肌肉松弛与镇痛,是近年来痔手术麻醉的常用方式。相对于椎管内麻醉,接受全身麻醉行痔手术的患者术后疼痛程度较轻,而且没有暴发痛出现,术后睡眠质量较好。局部浸润麻醉可作为大多数直肠肛门手术的麻醉方案,与椎管内麻醉相比,可显著降低术后疼痛、抢救性镇痛、尿潴留和头痛的发生率,亦可作为不适合或拒绝全身麻醉患者的替代方案^[19]。痔手术时间相对较短,但肛门括约肌需要维持良好的松弛状态以便于手术操作,因此可选用米库氯铵等短效的非去极化肌松药物^[20]。

2.6.3 手术方式选择 应在术前与患者讨论每种手术方式的优缺点,综合考虑患者意见、操作可行性和进一步操作的适用性后,选择最佳的手术方式。根据《中国痔病诊疗指南(2020)》^[3]:痔切除术适用于Ⅲ~Ⅳ度内痔、外痔或合并有脱垂的混合痔;吻合器痔切除固定术适用于环状脱垂的Ⅲ~Ⅳ度内痔和反复出血的Ⅱ度内痔;经肛痔动脉结扎术适用于Ⅱ~Ⅲ度内痔。

【专家建议】评估患者身体状况,个体化选择麻醉方式和手术方式。(证据等级:2;推荐强度:A)

3 术后管理

3.1 一般治疗

3.1.1 术后饮食与运动 健康饮食习惯和运动行为有助于保持机体健康,从而促进术后康复。痔术后患者应该结合自身身体状况及肛门创面愈合情况,有针对性地调整饮食与运动。

术后饮食及营养: 根据麻醉情况确定进食时间。术后最早进食时间最好不少于4小时,一定不能少于2小时。24小时内勿食用可能引起腹泻的食物。术后宜进食易消化、易吸收、不产生腹胀的食物。必要的营养物质补充能促使切口尽快愈合,促进机体机能恢复。

术后活动: 个性化制定患者活动量。长期卧床减少肌肉的强度,损害肺功能及组织氧合,增加下肢静脉血栓风险,应在术后第1天下床活动1~2小时,以后至出院时每天应下床活动4~6小时。

【专家建议】痔术后患者应该结合自身身体状况、麻醉要求及肛门创面愈合情况有针对性地调整饮食与运动。(证据等级:5;推荐强度:A)

3.1.2 坐浴 坐浴是肛肠疾病术后常用的外治方法。温水坐浴(40℃)5~10分钟可显著降低肛门静息压,改善局部血液循环,缓解疼痛。但临床上缺乏随机对照研究证实温水坐浴与缓解疼痛的直接关系。一项小型随机对照研究^[21]显示,温水热敷,每天4次,可减轻痔切除术后疼痛。若坐浴的实施难度大,温水冲洗也能有效替代。传统中医熏洗坐浴用于痔术后患者,利用物理温热效应刺激使药物透皮吸收,改善局部血液及淋巴循环,可减轻患者疼痛程度、肛门边缘水肿、出血等^[22],加快创面愈合。常见基本方:苦参五倍子汤加减等。

【专家建议】坐浴、熏洗可改善患者术后症状。(证据等级:3;推荐强度:B)

3.2 术后并发症管理

术后早期常见并发症包括疼痛、出血、尿潴留、肛门坠胀及肛缘水肿,术后晚期并发症包括感染、肛门狭窄、迟发性出血及排便困难^[23]。

3.2.1 疼痛 疼痛是痔术后常见并发症。痔切除术是术后疼痛强度很高的手术之一^[24],易引起患者焦虑等负性情绪。随着大众就医理念的改变和医疗水平的提高,患者对医疗服务提出了更高的要求,“少痛、舒适化”是核心诉求之一。舒适化的医疗体验不仅有利于降低术后机体应激状态,还能加强患者术后早期功能锻炼,促进术后恢复,改善临床转归。

多模式镇痛方式管理痔术后疼痛,因麻醉方案、药物镇痛方案各异,需进一步临床实践检验。多模式镇痛药物包括亚甲蓝、利多卡因、吗啡、罗

哌卡因。

局部麻醉是多模式疼痛控制策略的基石,术后注射脂质体布比卡因^[23]能实现长效术后镇痛。

亚甲蓝局部注射封闭止痛作用也多有研究。亚甲蓝与神经组织有较强亲和力,作用于神经末梢,可作为肛门手术后的长效止痛剂使用。亚甲蓝和利多卡因联合使用可有效阻断肛周神经末梢的疼痛介质传导,保持肛门轻度松弛,减轻肛周括约肌的痉挛反应,利于减轻疼痛,减少并发症,利于伤口愈合。

对可能造成疼痛不适感的时间节点,如排便、换药,提前给予酒石酸布托啡诺鼻喷剂镇痛,可提高患者舒适性。鼻喷剂使用便捷,无创,患者易于接受,依从性高;局部吸收起效迅速,避免肝脏代谢吸收,降低对肝脏等器官功能的影响,生物利用度高。

术后钙通道阻滞剂(地尔硫革或硝苯地平)和硝酸甘油酯(GTN)局部应用于肛周皮肤,可作为改善痔切除术后疼痛的干预措施^[24]。外用药物如消炎痛栓、利多卡因胶浆等均有减轻疼痛的效果。针灸也是有效的止痛手段^[27]。

【专家建议】多模式镇痛应用于痔围手术期,镇痛效果好,利于患者术后康复。(证据等级:1;推荐强度:A)

3.2.2 术后出血 痔术后早期出血分为原发性出血和继发性出血。原发性出血多发生在术后数小时,大多是由于手术操作不当或创面止血不完善所致;继发性出血多发生在术后7~14天,大多是由于痔核坏死脱落形成创面造成的出血。迟发性痔切除术后出血(delayed post-hemorrhoidectomy bleeding, DPHB)是一种罕见但严重的并发症,可发生于手术后第4~18天^[28]。出血处理不当会导致不良后果,识别出血的高危因素有助于改善预后。

术后出血与手术方式有关,对于无血栓形成的II~IV度痔,PPH后直肠出血率为1%~11%^[29],应根据患者病情选择恰当的手术方式,并针对性选择预防出血措施。一旦发生出血,要观察出血量、是否有活动性出血,特别是出血的颜色,若为暗红色,可暂不采取手术,应注意监测生命体征,可配合使用止血药物^[29]。一旦发生大出血,在监测生命体征的前提下,根据肛门镜探查情况,选择压迫、电凝或缝扎止血,或采用多种方法联合治疗,必要时行手术缝合止血^[30]。如有休克,应补充血容量,必要时输

全血。

中医药治疗痔术后出血也具有一定优势。中医治疗通过辨病和辨证相结合,其中内服体现中医整体观念,但起效较慢;外用通过坐浴、灌肠、外敷等传统手法,使药效直接作用于创面,可在更短的时间内达到疗效。

【专家建议】根据出血量决定止血措施。(证据等级:2;推荐强度:A)

3.2.3 尿潴留 尿潴留是痔手术后常见并发症,发生率为1%~15%^[31],通常由麻醉、术后疼痛及焦虑导致。

术前指导患者床上排尿,进行提肛训练,术后严密观察,及时、准确、有效地进行干预,以减少尿潴留的发生,包括围手术期限制静脉输液、膀胱区热敷、听水声诱导排尿、中医按摩、针灸、艾灸均具有一定的效果。若尝试保守措施后发生尿潴留,需及时导尿。通常可在24小时后拔出导尿管,少数患者需要更长的导尿管留置时间。

【专家建议】限制静脉输血量、热敷、中医药、针灸、艾灸等可减少尿潴留的发生。若发生尿潴留,需及时导尿。(证据等级:2;推荐强度:A)

3.2.4 肛缘水肿 无论是微创手术还是切除术,肛缘水肿都是常见的术后并发症之一,一般分为充血性水肿和炎症性水肿。症状轻者无需治疗,1~2周可消退;马应龙麝香痔疮膏联合地奥司明可改善创面疼痛及水肿^[32]。七叶树科植物天师栗提取物七叶皂苷钠片的抗炎效果与地塞米松相似,且不依赖于糖皮质激素的分泌^[33,34],同时具有抗渗出、抗氧化等特征,甚至可以抑制磷酸盐、组胺和缓激肽的释放,能够有效防治痔术后肛门水肿、渗血、疼痛、分泌物多等并发症,并促进创面愈合^[35,36]。中药及中药熏洗治疗也有一定效果。

【专家建议】可选用促静脉回流的药物如七叶皂苷钠片、地奥司明片,以改善创面疼痛及水肿。(证据等级:1;推荐强度:A)

3.2.5 肛门坠胀及里急后重 术中及术后出现肛门坠胀是常见并发症。治疗后平卧休息可减轻,症状可持续数日,多缓和,可通过坐浴及口服止痛药得到缓解。七叶皂苷钠片在消除和改善痔术后肛门水肿、出血、疼痛、坠胀^[35,36]等症状方面疗效满意,尤其在术后最初1周内,随着用药时间的延长,疗效

愈佳。

术后里急后重与伤口炎性病变和患者高敏感性有关,大多数可以在术后 2~4 周自行消失。也可采用黏膜保护剂、温水坐浴、针灸等^[6]方式改善症状。

【专家建议】黏膜保护剂、温水坐浴、针灸可缓解肛门坠胀。(证据等级:3;推荐强度:A)

3.2.6 感染 术后伤口处理不到位可能导致感染甚至桥形愈合,但过度换药不仅增加患者经济负担和不必要的痛苦,而且会影响伤口愈合,延长恢复时间。《抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》和《抗菌药物临床应用指导原则》中规定,痔手术抗生素预防应用时间应 ≤ 24 小时,不超过 48 小时。但目前尚无证据证实预防性使用抗生素与降低手术切口感染发生率的相关性^[67],围手术期不需常规预防性口服或静脉注射抗生素^[64]。也有报道痔术后出现严重的感染性并发症(如盆腔蜂窝织炎和直肠穿孔伴腹膜炎)^[4,23],患者多有免疫缺陷或者相关基础疾病。因此,对于免疫力低下或有全身感染高危因素的患者,可预防性使用抗生素。

【专家建议】根据患者情况,按照抗菌药物使用规范,合理应用抗生素。(证据等级:2;推荐强度:A)

3.2.7 肛门狭窄与排便困难 肛门狭窄(anal stenosis, AS)是痔切除术后非常罕见但严重的并发症,根据狭窄程度可分为轻度、中度和重度。轻度狭窄可采用手指扩肛、球囊扩张或扩肛器扩肛,狭窄较严重者需要手术切开狭窄后重新吻合^[68]。

围手术期排便管理与手术疗效关系密切。改善功能性便秘的治疗,特别是协同失调的排便模式,会有临床获益并减少复发^[69]。术后主要通便药物有乳果糖、聚乙二醇及镁盐,必要时使用开塞露、灌肠。每次排便后应尽量清洗创面,防止切口感染。注意饮食,合理使用药物维持软粪至切口愈合;综合管理术后疼痛,避免患者畏惧排便。

【专家建议】术后合理预防性使用通便药物,有利于保持软粪至切口愈合,减轻排便疼痛;使用硝酸甘油酯软膏、硫糖铝软膏减轻术后疼痛,减少术后排便困难的发生。(证据等级:1;推荐强度:A)

3.3 术后中医、中药治疗

术后中药外用、针灸^[67]的合理使用可以减轻术后疼痛,缓解肛缘水肿,加快创面愈合。中药外用包括中药熏洗坐浴、中药外敷、中药熨烫及中药保留灌

肠等。中成药包括马应龙痔疮膏^[69]、九华痔疮膏、敛痔散等。

中药熏洗坐浴疗法:中药熏洗坐浴疗法是中药外治中常用的方法之一。一般先用中药汤液蒸汽熏蒸 10~15 分钟,待药液温度降到 37℃~40℃时再坐浴 20 分钟。中药熏洗坐浴能够明显减轻术后疼痛^[64],缓解肛缘水肿,加快创面愈合,减少并发症发生。

中药外敷疗法:中药外敷法是在中医辨证基础上,将药物制成膏、散、糊、丹等制剂,敷于相应的病变部位或穴位上,通过药物吸收或对体表部位及穴位的刺激,调节气血津液、脏腑经络功能等,达到治病防病的目的。六合丹、活血止痛散外敷能有效改善混合痔术后的局部疼痛。

中药熨烫疗法:中药熨烫疗法可以消除炎症,改善疼痛、肿胀及尿潴留等症状,疗效显著,经济简便。

中药保留灌肠疗法:中药保留灌肠可以使药物通过肠黏膜吸收,改善局部血液及淋巴回流,稀释大便,通腑泄热,润肠通便,从而改善术后排便困难,促进创面愈合,避免瘀血、出血、感染等并发症。

【专家建议】中药熏洗坐浴、中药外敷、中药熨烫及中药保留灌肠,可以减轻术后疼痛,缓解肛缘水肿。(证据等级:2;推荐强度:A)

3.4 住院时间及出院标准

日间手术可于术后 24 小时内出院,一些特殊患者若因病情需要延期出院,住院时间最长不超过 48 小时^[68]。LigaSure 痔切除术住院时间为(1.5±0.6)d^[61]。脊髓麻醉下 Milligan-Morgan 痔切除术平均住院时间 1.2 d^[62]。吻合器痔切除术(stapled hemorrhoidectomy, SH)治疗Ⅲ、Ⅳ度痔安全,并发症发生率低,平均住院时间 1.9 d^[63]。

当患者恢复进食及自由活动,口服药物能很好地控制疼痛,并愿意出院,确定出院指征,即可准予出院。

【专家建议】日间手术可于术后 24 小时内出院,一些特殊患者若因病情需要延期出院,住院时间最长不超过 48 小时。(证据等级:2;推荐强度:B)

4 特殊人群的围手术期管理

4.1 合并糖尿病

合并糖尿病的痔患者以非手术治疗为主,症状

严重者应严格控制血糖水平后再行手术治疗。围手术期血糖管理对于减少血糖异常相关并发症、促进患者术后快速康复、改善预后有重要意义。血糖管理应根据手术类型和患者具体情况制定个体化血糖控制目标及治疗方案。管理期间应进行严密的血糖监测,尽量避免低血糖和血糖大幅波动,具体血糖管理方法可以参考《成人围手术期血糖监测专家共识》^[4]。合并糖尿病的痔患者多为老年人,手术风险大,易诱发心肌梗死、脑血管意外、肾功能损害等,可选择 PPH 进行治疗^[5]。

【专家建议】对于合并糖尿病的痔患者,应优先进行保守治疗,当保守治疗无效时,可在血糖管理平稳的状态行痔切除术。(证据等级: 1; 推荐强度: B)

4.2 妊娠期、产褥期患者

妊娠晚期痔的发病率增高。妊娠期间应尽量采用保守治疗^[1,3],包括饮食和生活方式的改变^[6],如摄入足够的膳食纤维和水、重视个人清洁、坐浴^[7]、左侧卧位等,针对痔急性发作用药需选择临床研究已明确适用于妊娠期的内服或者外用的药物。若保守治疗无法缓解症状,可以选择自动痔套扎术(Ruiyun procedure for hemorrhoid, RPH)。对于Ⅲ~Ⅳ度痔、狭窄性或血栓性痔,可选择在局麻下手术^[8]。

【专家建议】对于患有痔的妊娠期或产后早期妇女,应优先进行保守治疗,如调整饮食或药物治疗,当保守治疗无效时,可考虑行痔切除术。(证据等级: 2; 推荐强度: B)

4.3 合并凝血功能障碍

合并凝血功能障碍的痔患者尽量采取保守治疗,如果需要手术,应严格评估出凝血风险。接受抗凝药物治疗的患者行直肠手术,继发性出血的风险较高^[9],需要根据手术方式适当停止抗凝治疗,同时严格监测围手术期凝血功能,密切关注术后出血情况,及时调整用药方案。可采用经肛门痔动脉结扎术(transanal hemorrhoidal dearterialization, THD)^[5],硬化注射治疗优于内痔套扎治疗^[1],不建议采用内镜下胶圈套扎术(rubber band ligation, RBL)^[10]。

【专家建议】对凝血功能障碍的痔患者尽量采取保守治疗,接受抗凝剂治疗的患者要根据手术方式适当停止或代替抗凝治疗。(证据等级: 1; 推荐

强度: A)

5 总结与展望

痔在肛肠科属于常见病和多发病,痔的患病率呈现出逐年升高的趋势。痔一旦发展,其治疗选择主要取决于痔的类型和严重程度。目前临床对于痔多采用手术治疗。尽管痔的手术方法取得了长足进展,但术后疼痛、并发症和疾病复发仍是痔治疗中最具挑战性的问题。因此,痔的未来研究和新的管理可能集中在如何减轻术后疼痛、减少并发症及预防复发。

未来随着临床多中心、大数据的持续积累与更新,编写组会定期对共识内容进行讨论、修订和更新。

参与本共识讨论和撰写的专家组成员(以汉语拼音为序):曹 晖(湖南中医药大学第一附属医院);曹永清(上海中医药大学附属龙华医院);陈朝文(北京大学第三医院);连天厚(北京大学第三医院);刘 飞(南京中医药大学附属南京中医院);宋顺心(郴州市第一人民医院);王贺桐(天津市人民医院);王继见(重庆医科大学第二附属医院);王绍臣(杭州师范大学附属医院);王振宜(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院);魏 雨(成都肛肠专科医院);肖志刚(湖南省人民医院);辛学知(山东第一医科大学第一附属医院);杨 光(徐州市中心医院);杨 巍(上海中医药大学附属曙光医院);杨柏霖(江苏省中医院);杨向东(成都肛肠专科医院);杨晓东(深圳市人民医院);杨熊飞(甘肃省人民医院);殷志韬(沈阳急救中心);曾宪东(沈阳市第四人民医院);张 勇(沈阳市肛肠医院);张春霞(沈阳市肛肠医院);周 迈(民航总医院)

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突

致谢:感谢《痔的围手术期管理专家共识》专家组成员对本共识的大力支持;感谢绿叶制药集团医学事务部杨阳女士对本共识提供的医学支持及统筹工作。

参考文献

- 1 De Schepper H, Coremans G, Denis MA, et al. Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease. Acta

- Gastroenterol Belg, 2021, 84(1) : 101 – 120.
- 2 程议乐, 武永连, 李万里, 等. 国内肛肠疾病流行病学调查研究进展. 中国肛肠病杂志, 2022, 42(6) : 74 – 76.
- 3 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) . 结直肠肛门外科, 2020, 26(5) : 519 – 533.
- 4 Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, et al. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. Int J Evid Based Healthc, 2019, 17(1) : 58 – 71.
- 5 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 经肛吻合器治疗脱垂性痔中国专家共识. 中华胃肠外科杂志, 2020, 23(12) : 1135 – 1138.
- 6 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) . 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(12) : 1183 – 1185.
- 7 Agarwal N, Singh K, Sheikh P, et al. Executive summary. The Association of Colon & Rectal Surgeons of India (ACRSI) practice guidelines for the management of haemorrhoids – 2016. Indian J Surg, 2017, 79(1) : 58 – 61.
- 8 Pullen RL Jr. Hemorrhoidal disease: what nurses need to know. Nursing, 2022, 52(5) : 19 – 24.
- 9 Jung DH, Gweon TG, Lee S, et al. Combination of enhanced instructions improve quality of bowel preparation: a prospective, colonoscopist-blinded, randomized, controlled study. Dis Colon Rectum, 2022, 65(1) : 117 – 124.
- 10 Bayraktar N, Berhuni O, Berhuni MS, et al. Effectiveness of lifestyle modification education on knowledge, anxiety, and postoperative problems of patients with benign perianal diseases. J Perianesth Nurs, 2018, 33(5) : 640 – 650.
- 11 Migaly J, Bafford AC, Francone TD, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the use of bowel preparation in elective colon and rectal surgery. Dis Colon Rectum, 2019, 62(1) : 3 – 8.
- 12 Espin Basany E, Solís-Peña A, Pellino G, et al. Preoperative oral antibiotics and surgical-site infections in colon surgery (ORALEV) : a multicentre, single-blind, pragmatic, randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2020, 5(8) : 729 – 738.
- 13 Rollins KE, Javanmard-Emamghissi H, Acheson AG, et al. The role of oral antibiotic preparation in elective colorectal surgery: a meta-analysis. Ann Surg, 2019, 270(1) : 43 – 58.
- 14 Nelson DW, Champagne BJ, Rivadeneira DE, et al. Prophylactic antibiotics for hemorrhoidectomy: are they really needed. Dis Colon Rectum, 2014, 57(3) : 365 – 369.
- 15 Fitz-Henry J. The ASA classification and peri-operative risk. Ann R Coll Surg Engl, 2011, 93(3) : 185 – 187.
- 16 中华医学会麻醉学分会. 日间手术麻醉专家共识. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(10) : 1017 – 1022.
- 17 Prabhakar A, Helander E, Chopra N, et al. Preoperative assessment for ambulatory surgery. Curr Pain Headache Rep, 2017, 21(10) : 43.
- 18 陈希琳, 陈朝文, 段宏岩, 等. 痔诊疗日间手术专家共识(2020 年版) . 实用临床医药杂志, 2020, 24(10) : 1 – 8.
- 19 Xia W, MacFater HS, MacFater WS, et al. Local anaesthesia alone versus regional or general anaesthesia in excisional haemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis. World J Surg, 2020, 44(9) : 3119 – 3129.
- 20 国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅) , 中国日间手术合作联盟. 直肠肛门日间手术临床实践指南(2019 版) . 中国普通外科杂志, 2019, 28(11) : 1322 – 1335.
- 21 Balta AZ, Ozdemir Y, Sucullu I, et al. The effect of early warm plastic bag application on postoperative pain after hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled trial. Am Surg, 2015, 81(2) : 182 – 186.
- 22 王永杰, 华国花. 痔疾洗液对肛门术后疼痛、水肿及出血的疗效观察. 中国中药杂志, 2015, 40(22) : 4497 – 4500.
- 23 Cristea C, Lewis CR. Hemorrhoidectomy. 2023 Feb 5. In: StatPearls [Internet] . Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; 2023 Jan – . PMID: 31751054.
- 24 Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology, 2013, 118(4) : 934 – 944.
- 25 Candiotti K. Liposomal bupivacaine: an innovative nonopioid local analgesic for the management of postsurgical pain. Pharmacotherapy, 2012, 32(9 Suppl) : 19S – 26S.
- 26 Huang YJ, Chen CY, Chen RJ, et al. Topical diltiazem ointment in post-hemorrhoidectomy pain relief: a meta-analysis of randomized controlled trials. Asian J Surg, 2018, 41(5) : 431 – 437.
- 27 Chen H, Zhang W, Sun Y, et al. The role of acupuncture in relieving post-hemorrhoidectomy pain: a systematic review of randomized controlled trials. Front Surg, 2022, 9: 815618.
- 28 Lee KC, Liu CC, Hu WH, et al. Risk of delayed bleeding after hemorrhoidectomy. Int J Colorectal Dis, 2019, 34(2) : 247 – 253.
- 29 Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. Tech Coloproctol, 2008, 12(1) : 7 – 19.
- 30 黄明华, 周 晓, 邝应奇, 等. 痔术后出血原因分析及对策. 中国肛肠病杂志, 2021, 41(9) : 26 – 27.
- 31 Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, et al. Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. Int J Colorectal Dis, 2015, 30(4) : 437 – 445.
- 32 邓开智, 冷明敏, 唐 建. 马应龙麝香痔疮膏联合地奥司明片对混合痔术后创面水肿的防治效果. 世界中医药, 2019, 14(4) : 946 – 949.
- 33 Huang XJ, Wang DG, Ye LC, et al. Sodium aescinate and its bioactive components induce degranulation via oxidative stress in RBL-2H3 mast cells. Toxicol Res (Camb) , 2020, 9(4) : 413 – 424.
- 34 连天厚, 王 晖, 辛学知, 等. 初步探讨七叶皂苷钠片治疗痔手术

- 后并发症的疗效与安全性. 中文科技期刊数据库(全文版) 医药卫生, 2022, (12) : 36 - 39.
- 35 王在秋, 孙晓莉, 黄妙玲, 等. 七叶皂苷钠防治痔术后并发症 60 例疗效观察. 中国基层医药, 2011, 18(21) : 2934 - 2935.
- 36 金福树, 郭绍林. 七叶皂苷钠片防治混合痔术后并发症效果观察. 山东医药, 2014, 54(48) : 65 - 66.
- 37 Weng YT, Chu KJ, Lin KH, et al. Is anoplasty superior to scar revision surgery for post-hemorrhoidectomy anal stenosis? Six years of experience. World J Clin Cases, 2022, 10(22) : 7698 - 7707.
- 38 Kalkdijk J, Broens P, Ten Broek R, et al. Functional constipation in patients with hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2022, 34(8) : 813 - 822.
- 39 Lin S, Zang M. Effectiveness of Mayinglong Musk Hemorrhoid Ointment on wound healing and complications after internal hemorrhoid ligation and external hemorrhoidectomy. Evid Based Complement Alternat Med, 2022, 2022: 5630487.
- 40 郭 丹, 王淑娟. 中药坐浴熏洗对混合痔外剥内扎术后肛门疼痛及肛缘水肿程度的影响. 国际中医中药杂志, 2020, 42(7) : 656 - 659.
- 41 Chen CW, Lai CW, Chang YJ, et al. Results of 666 consecutive patients treated with LigaSure hemorrhoidectomy for symptomatic prolapsed hemorrhoids with a minimum follow-up of 2 years. Surgery, 2013, 153(2) : 211 - 218.
- 42 Di Giuseppe M, Saporito A, La Regina D, et al. Ultrasound-guided pudendal nerve block in patients undergoing open hemorrhoidectomy: a double-blind randomized controlled trial. Int J Colorectal Dis, 2020, 35(9) : 1741 - 1747.
- 43 Guraya SY, Khairy GA. Stapled hemorrhoidectomy: results of a prospective clinical trial in Saudi Arabia. J Clin Diagn Res, 2013, 7(9) : 1949 - 1952.
- 44 陈莉明, 陈 伟, 陈燕燕, 等. 成人围手术期血糖监测专家共识. 中国糖尿病杂志, 2021, 29(2) : 81 - 85.
- 45 李春雨, 袁 鹏, 林树森, 等. PPH 与传统痔手术对中老年糖尿病患者影响. 中国老年学杂志, 2014, 34(2) : 319 - 320.
- 46 Poskus T, Sabonyte-Balsaitiene Z, Jakubauskiene L, et al. Preventing hemorrhoids during pregnancy: a multicenter, randomized clinical trial. BMC Pregnancy Childbirth, 2022, 22(1) : 374.
- 47 Shirah BH, Shirah HA, Fallata AH, et al. Hemorrhoids during pregnancy: sitz bath vs. ano-rectal cream. A comparative prospective study of two conservative treatment protocols. Women Birth, 2018, 31(4) : e272 - e277.
- 48 Poskus T, Danys D, Makunaite G, et al. Results of the double-blind randomized controlled trial comparing laser hemorrhoidoplasty with sutured mucopexy and excisional hemorrhoidectomy. Int J Colorectal Dis, 2020, 35(3) : 481 - 490.
- 49 Kolbeinsson HM, Otto M, Kogelschatz B, et al. Bleeding after hemorrhoidectomy in patients on anticoagulation medications. Am Surg, 2022 Sep 25: 31348221129512. Epub ahead of print.
- 50 Atallah S, Maharaja GK, Martin-Perez B, et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) : a safe procedure for the anticoagulated patient. Tech Coloproctol, 2016, 20(7) : 461 - 466.
- 51 Nelson RS, Ewing BM, Tement C, et al. Risk of late bleeding following hemorrhoidal banding in patients on antithrombotic prophylaxis. Am J Surg, 2008, 196(6) : 994 - 999.

(收稿日期: 2023 - 04 - 13)

(修回日期: 2023 - 05 - 24)

(责任编辑: 王惠群)