

不同国家痔病诊疗指南和共识解读

周宇翔,马旭涛,徐思敏,刘 洋,付滢铎,王 琛

【摘要】 痔病是临床最常见的良性疾病之一,全世界发病率为4%~55%,每年世界各国治疗痔病的花费高昂,部分病人保守治疗无效,需要采用门诊或手术治疗。横向比较分析2016—2021年11个国家的痔病诊疗指南和专家共识发现,在痔病的分度、诊断及治疗方法上总体原则一致,但也存在差异,主要体现在中国、日本等亚洲国家保守治疗方法较丰富,而欧美国家门诊治疗的选择较多,这与各地区实际情况相关。

【关键词】 痔病;指南;共识

中图分类号:R6 文献标志码:A

Comparison of recent practice guidelines of hemorrhoid disease in different countries ZHOU Yu-Xiang, MA Xu-tao, XU Si-min, et al. Department of Proctology, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China

Corresponding author: WANG Chen, E-mail: wangchen_longhua@163.com

Abstract Hemorrhoid disease(HD) is one of the most common clinical benign diseases, which prevalence rates vary from 4%~55% over the world. Treatment of HD increases the financial burden. For those patients who do not respond to conservative treatment, outpatient clinic procedure or surgical treatment would be necessary. Comparison of the recent practice guidelines (or consensus) of 11 countries shows high consistency in the classification, diagnosis and treatment of hemorrhoid disease. While there are still some differences due to different cultural and insurance factors. In Asian countries like China and Japan, there are more conservative treatment methods. Meanwhile, there are more office treatment methods in western countries.

Keywords hemorrhoidal disease; guideline; consensus

基金项目:申康促进临床专科能力提升项目(No. SHDC22021316-A);上海市临床重点专科建设项目——中医肛肠(No.SHSLCZDZK04301)

作者单位:上海中医药大学附属龙华医院肛肠科,上海200032

通信作者:王琛, E-mail: wangchen_longhua@163.com

痔病是最常见的肛肠疾病之一,其发病率为4%~55%^[1]。比较世界各国痔病的发病率,哈萨克斯坦最低,中国最高^[2-4]。2013—2014年我国31个省(自治区、直辖市)流行病学调查结果显示,肛肠疾病发病率为51.1%,其中痔病发病率为50.3%^[4]。痔病症状主要为出血、肿胀、脱出、疼痛、瘙痒和肛门不适等,这些症状严重影响病人的生活质量。痔核脱垂可能引起直肠坠胀感,但很少有排便困难。不健康的生活方式(如饮酒、辛辣饮食、久站久行)以及错误的排粪习惯会增加患痔病的风险^[5]。本文通过对11个国家2016—2021年痔病诊疗指南或专家共识进行综合分析,以期为临床痔病的诊疗提供更全面的依据^[6-17]。11个指南或共识中有7个采用了由WHO于2004年推出的证据GRADE证据分级评价系统和循证卫生保健中心(Joanna Briggs Institute, JBI)制定的2014年版JBI证据预分级系统^[11]。

1 痔病的病因

对于痔病的病因,比较公认的是肛垫下移学说,比利时和俄罗斯指南在此基础上补充了静脉回流不畅,而我国和日本指南中将内括约肌痉挛作为病因之一^[5-9]。葡萄牙共识认为痔病的发病是肛垫下移、血管的异常增生和高灌注、炎症因子的过度表达及肛管静息压增大综合所致^[10]。

2 痔病分类

2.1 内痔 对内痔最常用的分类方法是Goligher法^[12]。印度指南在Goligher法的基础上,结合痔核数量进行分类,即:单个痔核;2个痔核但<1/2周长;环状痔且>1/2周长;血栓或坏死。这些细化分类弥补了Goligher法未涉及病变范围的局限^[13]。意大利专家共识指出了Goligher法的局限,包括未考虑伴随症状及其对生活质量的影 响,没有涉及脱垂的范围,故不能反映疾病的严重程度和影响^[14]。在各指南或共识中还提及针对新分类法开展的相关研究,但由于未考虑到同类症状严重程度差异,且内容相对复杂,未能广泛应用^[15]。

2.2 外痔 根据外痔组织病理学特点可分为结缔组织性外痔、血栓性外痔、静脉曲张性外痔和炎性外痔4类。在俄罗斯诊疗指南中补充了急性血栓外痔分级:无局部炎症,有局部炎症且肿胀影响到肛周皮下,有局部炎症且肿胀影响到肛管黏膜^[8]。

3 痔病的诊断

3.1 病史及体格检查 11 个痔病诊疗指南或共识均指出询问病史和体格检查至关重要。详细病史应包括:与主诉相关的症状(如便血、脱出等及其诱发因素),排便情况,既往病史等。专科体格检查主要采用肛门指诊的方式,必要时可借助肛门镜等器械。

3.2 辅助检查 便血是需要与其他疾病鉴别的主要症状之一。普遍认为年龄>45 岁、有肿瘤疾病个人史或家族史以及血便(包括肉眼及镜下)是痔病病人行结肠镜检查的指征^[5-9,12]。此外,中国和美国指南还列出了一种粪免疫指标检验,是一种方便、精准的新型肠癌检测技术,阳性者建议行消化道内镜检查排除肿瘤^[16]。

4 痔病的治疗

4.1 保守治疗 首先是良好的生活习惯(饮食、排便、避免久坐等)。多数指南认为,增加液体及纤维摄入通常对病人有益,如小麦麸、海藻、亚麻籽等,对排便有双向调节作用^[6,8-10,14-17]。口服药物中,所有指南均推荐使用纯化微粒化黄酮成份黄酮类制剂(micronized purified flavonoid fraction, MPFF),通过改善局部静脉回流,来缓解便血、疼痛、肿胀等症状,由于其对脱出效果不佳,故通常应用于 I、II 度痔。部分指南中认为急性外痔水肿时可口服非甾体抗炎药(NSAIDs)和外用激素治疗^[7-8,17-19]。但美国急性肛肠疾病诊疗指南并未推荐使用 NSAIDs 及外用激素^[20]。

中医中药作为我国传统医学,治疗痔病有丰富的经验。具体包括中药内服、中药坐浴及外用药膏等保守治疗方法^[14]。意大利和日本指南虽认可温水坐浴有止痛疗效,但未提及中药坐浴^[8,14]。

4.2 门诊治疗

4.2.1 胶圈套扎 胶圈套扎(rubber band ligation, RBL)适用于保守治疗无效的 III 度以下的内痔。荷兰、比利时、美国、意大利的指南中认为 RBL 是 II 度痔病门诊治疗的首选。在法国指南中提出 1 次套扎 3 处与分次套扎 3 处的疗效相当^[19]。如病人疼痛剧烈可考虑移除套扎圈^[16,19]。

RBL 亦可在内镜下进行。比利时指南认为,内镜下行 RBL,痔组织及齿线暴露更清楚,易于进行套扎,且套扎圈数更少,但在术后出血及复发方面并无优势^[7]。我国消化内镜内痔诊疗指南提出,内镜操作时推荐使用胃镜,前端较短,方便倒镜操作及安装附件。内镜治疗时 1 次套扎总环数 ≤ 7 环^[21]。

4.2.2 红外线凝固治疗 欧洲指南中,部分专家认为红外线凝固(infrared coagulation, IRC)疗法可作为 I 度痔病的首选治疗方法^[17]。比利时、美国、葡萄牙指南认为 IRC 多用于 I、II 度痔病的治疗^[6,10,16]。与 RBL 相比,IRC 治疗痔病术后疼痛发生率更低,但复发率较高^[10]。

4.2.3 注射治疗 注射治疗适用于 I~III 度内痔伴有出血症状者。其作用机制根据注射药物的不同而有所区别。我国临床常用的注射药物有芍倍注射液、消痔灵和聚多卡

醇等。其他国家的指南中仅采用硬化剂行注射治疗,如 5% 石碳酸杏仁油、聚多卡醇、硫酸铝钾和单宁酸(ALTA)等。注射治疗最常见的并发症为黏膜溃疡形成和疼痛,还可能出现阳痿、严重的急性肝功能损伤、瘘管形成等^[14]。比利时指南对注射硬化剂持反对态度,认为其导致严重不良反应,且疗效并不优于红外线治疗,应避免使用^[6]。

各指南和共识并未详细说明注射治疗的具体方法,如注射的进针位置、进针深度和注射药量等,而不同的药物涉及的方法也不尽相同^[6-7,14,16,22]。

注射治疗亦可在内镜下进行。我国消化内镜内痔诊疗指南推荐选用长度 4~6 mm 的黏膜注射针,可以降低错位注射的风险^[21]。Tomiki 等^[23]比较内镜下注射 ALTA 和传统肛门镜下注射的治疗效果,结果发现,二者在疗效、不良事件和复发方面均差异无统计学意义。

4.2.4 激光治疗 激光治疗包括痔动脉激光疗法(hemorrhoidal laser procedure, HeLP)和激光痔固定术(laser hemorrhoidoplasty, LHP)^[14]。前者指应用波长 980 nm 的二极管,经多普勒超声定位痔动脉及其分支,局部灼烧,阻断血流;后者指将激光纤维从痔外缘的 1 mm 切口平行于肛管插入痔组织中,分别向 3 个方向发出 15 W 的脉冲,可使黏膜下组织发生收缩。比利时、荷兰、欧洲指南中也提及了应用激光治疗^[6,17]。而日本指南持反对意见,认为激光治疗设备价格昂贵,缺乏足够证据证明其价值,且存在辐射问题^[8]。

4.2.5 介入栓塞治疗 介入栓塞指经血管(通常是经股动脉)在直肠上动脉处放置弹簧圈,起到栓塞的作用,能缓解出血的症状,可作为凝血功能障碍者的备选治疗方案^[24]。尽管证据尚少,但在比利时指南中介入栓塞治疗被认为是一种安全、有效的治疗 II、III 度痔病的方法^[6]。

4.3 痔病的手术治疗

4.3.1 痔切除术 痔切除术是 III、IV 度痔病的一线治疗方法,也可应用于保守及门诊治疗无效的 II、III 度痔病。临床常用的术式包括开放式痔切除术(Milligan-Morgan 手术)、闭合式痔切除术(Ferguson 手术)及衍生改良术式。11 个痔病诊疗指南或专家共识均将痔切除术作为一个整体。日本指南推荐开放式手术^[9]。俄罗斯指南提出闭合式切除术适用于混合痔的内外痔核间没有明显界线者,而开放式切除术在治疗合并肛瘘等炎性病变者时更便利安全^[8]。我国指南指出,随着手术器械的改进,二者的差异明显缩小^[25]。

痔切除术常见术后并发症有术后疼痛、术后出血、急性排尿障碍等。在俄罗斯指南中肛门失禁、肛门狭窄及便秘等亦属于术后常见并发症^[7]。

4.3.2 吻合器手术 各指南中普遍认为吻合器痔上黏膜环切钉合术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)对 II、III 度内痔有效,但不推荐用于 IV 度痔病。相比传统痔切除术,其在术后疼痛、愈合、住院时间等方面有优势,但复发率较高。选择性痔上黏膜切除术(TST)则是在 PPH 的基础上,在术中应用特制肛门镜形成不同的窗口来调节

黏膜切除的范围,避免切除完好的组织。与PPH相比,TST可更好地保护肛门直肠的控便功能,减少术后疼痛等并发症^[26]。

4.3.3 痔动脉结扎 痔动脉结扎是指通过结扎阻断供应痔核的动脉血供,从而促使痔组织萎缩并减轻痔脱垂症状。可分为超声引导与非超声引导下痔动脉结扎,是治疗Ⅱ、Ⅲ度痔病的安全有效的方法。法国指南认为缺乏推荐超声引导下痔动脉结扎的证据,且不推荐用于Ⅳ度痔病^[19]。

4.4 血栓外痔的手术治疗 血栓外痔是痔病的急症,常引起急性和严重的疼痛,症状的严重程度取决于血栓的大小。普遍认为发病72 h内未出现急性疼痛者,应予保守治疗;发病72 h内出现急性疼痛者,可考虑手术切除^[8,14]。关于术式,美国急性肛肠疾病指南认为仅能实施切除,反对切开剥栓术式,而葡萄牙指南则认为并无证据证明切除术优于其他术式^[10,20]。

4.5 特殊痔病

4.5.1 妊娠或产后早期病人 对于妊娠或产后早期病人,各指南均推荐首选保守治疗,无效时可行门诊治疗,伴血栓形成时可考虑手术治疗。保守治疗时推荐采用MPFF,多个指南认为MPFF对于妊娠病人是安全的,但对哺乳期病人的安全性并未明确^[6,13,19]。此外,尽管葡萄牙指南未在常规保守治疗中提及温水坐浴,但认为对妊娠病人有益^[10]。

4.5.2 合并炎症性肠病 对于合并炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)的痔病,中国、意大利和葡萄牙指南认为应首选保守治疗^[9-10,14]。当IBD处于活动期时,应避免行RBL、IRC等门诊治疗及手术治疗;当保守治疗无效,且IBD处于缓解期,则可考虑RBL、痔动脉结扎等方法,但因可能出现严重的直肠狭窄,故不建议行LHP^[6,9,17]。此外,痔病合并克罗恩病(Crohn disease, CD)病人伴发的肛周皮赘,通常与CD有关,手术切除后可能影响伤口愈合,故应避免切除^[27]。

4.5.3 合并凝血功能障碍 中国、俄罗斯、葡萄牙、意大利等指南或共识认为合并凝血功能障碍(包括接受抗凝、抗血小板治疗及患有引起凝血功能障碍的疾病)可能导致内痔出血风险增高,但停止相关治疗会增加病人的血栓风险。此类病人应避免在接受抗凝、抗血小板治疗期间行RBL治疗^[6,8-9,13]。推荐的门诊治疗有注射治疗、介入栓塞治疗^[6,9-10,13-14]。考虑手术治疗时,不建议停用小剂量阿司匹林,是否停用其他抗血小板、抗凝药则需权衡利弊^[19]。关于术后恢复相关药物使用的时间,比利时指南给出的方案为:停用抗凝药物并接受RBL治疗后,需2周后才能重新给予抗凝药物,以降低术后出血的风险;而接受手术治疗的病人,由于术中采取了止血措施,故可立即恢复给药^[6]。意大利指南提及个别报道发现氯吡格雷不增加RBL术后出血风险^[28]。

4.5.4 合并免疫功能低下 尽管合并免疫功能低下的痔病病人并不少见,但能够提供相关证据的研究却相当有限。此类病人首选保守治疗,保守治疗无效时,在安全的CD4细胞计数及预防性应用抗生素的前提下可进行门诊治疗,甚至手术治疗^[9,13]。门诊治疗中,RBL相对安全^[6,17];而手术治疗中,TST相对安全^[9,14]。

通过对比11个国家的指南或共识发现,在痔病的分类分度、诊断及治疗上总体原则一致,但具体内容存在差异。除中国、日本等亚洲国家以及意大利外,其他国家指南或专家共识不认可局部外用药物治疗,仅在急性外痔水肿、疼痛时可能考虑采用外用激素类药膏。在保守治疗无效时,才考虑采用门诊治疗。不同国家的医生和病人对门诊治疗的理解和实施的条件及态度存在差异。欧美各国指南或专家共识中提及的门诊治疗方法较丰富,且允许分次治疗;而在我国,器械治疗通常是在手术室进行,且病人较难接受分次治疗,因而在保守治疗方面手段更加丰富。尽管我国病人普遍接受中医药治疗,但尚缺乏高质量的循证依据,还需要进行更为客观科学的临床和基础研究进行验证。

参 考 文 献

- [1] Peery AF, Crockett SD, Barritt AS, et al. Burden of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States [J]. *Gastroenterology*, 2015, 149(7): 1731-1741. e3.
- [2] Sh MU, Tyan LV, Sagatov I. Epidemiology of hemorrhoids in Kazakhstan [J]. *Bull Surg Kaz*, 2020, 62(1): 5-15.
- [3] Shelygin YA, Blagodarny LA. Handbook of a coloproctologist [M]. Moscow: Littera, 2012: 64-89.
- [4] 江维, 张虹玺, 隋楠, 等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查 [J]. *中国公共卫生*, 2016, 32(10): 1293-1296.
- [5] 乔敬华, 何佳伟, 周军惠. 基于流行病学调查的农村社区居民痔病中医药防治对策探讨 [J]. *上海中医药杂志*, 2019, 53(6): 14-19.
- [6] Schepper HD, Coremans G, Denis MA, et al. Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease [J]. *Acta Gastroenterol Belg*, 2021, 84(1): 101-120.
- [7] Shelygin YA, Frolov SA, Titov AY, et al. The Russian association of coloproctology clinical guidelines for the diagnosis and treatment of hemorrhoids [J]. *Koloproktologia*, 2019, 18(1): 7-38.
- [8] Yamana T. Japanese practice guidelines for anal disorders I. Hemorrhoids [J]. *J Anus Rectum Colon*, 2018, 3(1): 89-99.
- [9] 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.
- [10] Salgueiro P, Ana Célia Caetano, Oliveira AM, et al. Portuguese society of gastroenterology consensus on the diagnosis and management of hemorrhoidal disease [J]. *GE Port J Gastroenterol*, 2020, 27(2): 90-102.
- [11] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recom-

- mendations[J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.
- [12] Rafferty JF. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery [M]. Berlin :Springer, 2011.
- [13] Agarwal N, Singh K, Sheikh P, et al. Executive summary—the association of colon & rectal surgeons of India practice guidelines for the management of haemorrhoids. 2016 [J]. Indian J Surg, 2017, 79(1):58.
- [14] Gallo G, J Martellucci, Sturiale A, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease [J]. Tech Coloproctol, 2020, 24(2):145-164.
- [15] Nyström PO, Qvist N, Raahave D, et al. Randomized clinical trial of symptom control after stapled anopexy or diathermy excision for haemorrhoid prolapse [J]. Br J Surg, 2010, 97(2): 167-176.
- [16] Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids [J]. Dis Colon Rectum, 2018, 61(3):284-292.
- [17] van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, et al. European society of coloproctology: Guideline for haemorrhoidal disease [J]. Colorectal Dis, 2020, 22(6):650-662.
- [18] Van Tol RR, Bruijnen MPA, Melenhorst J, et al. A national evaluation of the management practices of hemorrhoidal disease in the Netherlands [J]. Int J Colorectal Dis, 2018, 33(5): 577-588.
- [19] Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report) [J]. J Visc Surg, 2016, 153(3):213-218.
- [20] Tarasconi A, Perrone G, Davies J, et al. Anorectal emergencies: WSES-AAST guidelines [J]. World J Emerg Surg, 2021, 16(1): 48.
- [21] 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):676-686.
- [22] 王茜, 冯月宁, 白志勇, 等. 芍倍注射液治疗混合痔及内痔疗效和安全性的 Meta 分析 [J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(10): 69-73.
- [23] Tomiki Y, Aoki J, Motegi S, et al. Effectiveness of endoscopic sclerotherapy with aluminum potassium sulfate and tannic acid as a non-surgical treatment for internal hemorrhoids [J]. Clin Endosc, 2019, 52(6): 581-587.
- [24] Moussa N, Sieleznief I, Sapoval M, et al. Embolization of the superior rectal arteries for chronic bleeding due to haemorrhoidal disease [J]. Colorectal Dis, 2017, 19(2): 194-199.
- [25] Gentile M, de Rosa M, Carbone G, et al. LigaSure haemorrhoidectomy versus conventional diathermy for IV degree haemorrhoids: is it the treatment of choice? A randomized, clinical trial [J]. ISRN Gastroenterol, 2011, 2011: 467258.
- [26] Lin HC, He QL, Shao WJ, et al. Partial stapled hemorrhoidopexy versus circumferential stapled hemorrhoidopexy for grade III to IV prolapsing hemorrhoids: a randomized, noninferiority trial [J]. Dis Colon Rectum, 2019, 62(2): 223-233.
- [27] Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, et al. AGA technical review on perianal Crohn's disease [J]. Gastroenterology, 2003, 125(5): 1508-1530.
- [28] Hite N, Klinger AL, Miller P, et al. Clopidogrel bisulfate (Plavix) does not increase bleeding complications in patients undergoing rubber band ligation for symptomatic hemorrhoids [J]. J Surg Res, 2018, 229: 230-233.

(2023-01-22收稿 2023-03-09修回)

本期主要审稿专家(按姓氏汉语拼音顺序排列)

曹 晖, 陈丹磊, 陈 实, 陈 曦, 陈亚进, 成 伟, 戴 勇
董 明, 冯 波, 龚 伟, 郭朱明, 韩加刚, 洪德飞, 黄鹤光
黄 华, 姜翀弋, 李秉璐, 李航宇, 李健文, 李绍杰, 梁 品
林建贤, 凌 瑞, 刘 昌, 刘凤林, 刘厚宝, 刘金钢, 刘 骞
卢绮萍, 麻 勇, 马君俊, 马 涛, 仇毓东, 石臣磊, 宋 纯
宋 武, 孙 备, 孙 晶, 孙凌宇, 所 剑, 童卫东, 王 波
王 刚, 王 坚, 王建东, 王林俊, 王 权, 王志宏, 翁山耕
吴立胜, 吴现瑞, 谢忠士, 徐 立, 徐泽宽, 杨 剑, 殷德涛
尹大龙, 臧 璐, 张大奇, 张 浩, 张 宏, 张 鹏, 张 卫
张 宇, 张宇华, 张子臻, 赵恩昊, 赵海鹰, 周建平, 朱李玲