

· 指南 · 共识 ·

痔中西医结合诊疗指南（2025版）

智从从¹，李雪²，程一乘¹，王孝龙²，郑丽华^{1*}

1.100029 北京市，中日友好医院

2.100029 北京市，北京中医药大学研究生院

*通信作者：郑丽华，主任医师；E-mail: bvt126@126.com

扫描二维码
查看原文

【摘要】 痔病是临床上常见的肛肠疾病之一，发病率居肛肠疾病之首。目前中西医结合治疗痔病领域涌现出许多新的临床证据。为更好地指导中西医结合诊疗痔病的临床实践，本工作组在《中国痔病诊疗指南（2020）》的基础上，开展指南更新必要性评估与临床问题遴选，确定了需要更新的19个临床问题与8个结局指标，并以《痔中西医结合诊疗指南》在中华中医药学会申请立项。参考最新的国内外临床实践指南，基于研究证据的系统检索与客观评价，结合我国中西医临床专家的经验，经过工作组的充分讨论及广泛征求意见，最终汇总13条临床问题，形成17条推荐意见。本指南的制订旨在为各级医疗机构的医务工作者提供科学、具体的指导，促进中西医结合治疗痔病的规范化应用，提高治疗效果，减少复发率及术后并发症，改善患者的生活质量。

【关键词】 痔病；中西医结合；诊断；治疗；循证实践指南

【中图分类号】 R 657.18 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2025.0125

Guidelines for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids (2025 Edition)

ZHI Congcong¹, LI Xue², CHENG Yicheng¹, WANG Xiaolong², ZHENG Lihua^{1*}

1.China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

2.Graduate School of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

*Corresponding author: ZHENG Lihua, Chief physician; E-mail: bvt126@126.com

【Abstract】 Hemorrhoids is one of the common anorectal diseases in clinical practice, and its incidence is the first in anorectal diseases. Many new clinical studies have emerged currently on treating hemorrhoids with integrated Chinese and western medicine. To improve the guidance for clinical practice, our team reviewed the 2020 Chinese Guidelines for Hemorrhoid Treatment and assessed the need for updates. We identified 19 clinical problems and 8 outcome indicators that needed revision. A new project, Integrated Chinese and Western Medicine Guidelines for Hemorrhoid Treatment was proposed to the China Association of Traditional Chinese Medicine. We referred to the latest clinical guidelines, conducted systematic reviews, and evaluated research evidence. We also gathered input from experts in both Chinese and western medicine. After thorough discussion, finally, 13 clinical questions were summarized and 17 recommendations were formed. This guideline aims to provide practical, scientific guidance for healthcare workers in all medical institutions. It seeks to promote the standardized use of integrated treatment for hemorrhoids, improve treatment outcomes, reduce recurrence and complications, and improve the quality of life for patients.

【Key words】 Hemorrhoids; Integrated traditional Chinese & western medicine; Diagnosis; Therapy; Evidence-based practice guideline

痔病是全球范围内常见的肛肠疾病之一^[1]，严重影响患者的生活质量。近年来，我国对痔病的诊疗手段不断优化，微创技术的发展和中西医结合治疗的应用取得了较大进展^[2]。然而，痔病的患病率仍呈上升趋势，

基金项目：中日友好医院临床研究与转化跃升项目（2022-NHLHCRF-LX-02-0121）

引用本文：智从从，李雪，程一乘，等. 痔中西医结合诊疗指南（2025版）[J]. 中国全科医学，2025，28（26）：3217-3228. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2025.0125. [www.chinagp.net]

ZHI C C, LI X, CHENG Y C, et al. Guidelines for integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment of hemorrhoids (2025 edition) [J]. Chinese General Practice, 2025, 28 (26): 3217-3228.

© Editorial Office of Chinese General Practice. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

并表现出高复发率、年轻化、区域差异明显的特点,给临床治疗带来了挑战^[3]。因此,探索更为精准、高效的诊疗方案仍是当前医疗领域的重要任务。

中医药在痔病的防治方面具有悠久历史,并在现代临床实践中得到了广泛应用,积累了大量的治疗经验和临床证据。近年来,随着临床研究的深入,痔病的治疗策略不断更新,尤其在中医药联合现代手术、围术期管理优化及术后功能康复方面取得了新进展,原有关于痔病的指南已难以满足最新的临床需求。因此,为进一步规范中西医结合治疗痔病,本工作组于2023年启动《痔中西医结合诊疗指南》的编制工作,围绕痔病的分期诊断、手术与非手术治疗选择、围术期管理及术后康复等35个核心临床问题进行深入探讨,本次指南更新基于循证医学证据的系统检索与客观评价,并结合最新的国内外临床实践指南,依托中西医临床专家的经验,经过充分讨论及广泛征求意见,最终形成《痔中西医结合诊疗指南(2025版)》。该指南以中华中医药学会团体标准的形式发布,旨在为各级医疗机构的医务工作者提供科学、具体的临床指导,推动中西医结合治疗痔病的规范化应用,降低术后并发症及复发率,改善患者的预后与生活质量。

1 指南制订方法

本指南以中华中医药学会、中华医学会联合制订的《中西医结合诊疗指南体例格式》要求为基础,参考《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)》^[4]以及《中医临床实践指南报告清单》进行制订。参考GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》^[5]的要求撰写。指南具体制订过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及相应推荐意见形成等遵循相应的原则或标准。

1.1 指南发起和支持单位

本指南的制订由中华中医药学会肛肠分会牵头,以中日友好医院作为主委单位,联合北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院西苑医院等主要起草单位共同完成。

1.2 指南注册与计划书撰写

本指南的编制严格按照规范步骤进行,并在国际实践指南注册平台(<http://www.guidelines-registry.org>)进行了更新方案书的注册(注册号:PREPARE-2024CN1185)。

1.3 指南目标人群与使用者

目标人群:诊断为痔的患者,其诊断标准必须是明确描述或国际公认的诊断标准。使用者:本指南适用于开展痔病中西医结合诊疗的所有医疗机构,供中医、中西医结合三级医院、二级医院以及基层医院初、中、高

各级肛肠科临床医师、护理人员和健康管理相关专业人员使用。

1.4 指南工作组

本指南成立了3个主要的工作组,包括指南起草组、指南秘书组、指南临床负责人。指南工作组成员包括中医肛肠科、中西医结合肛肠外科、中医外科、结直肠外科、循证方法学等多学科专家48位,来自全国35家医院。

1.5 利益冲突声明

本指南工作组成员均填写了利益声明表,声明不存在与本指南直接相关的利益冲突。

1.6 指南更新必要性评估与临床问题遴选

本指南工作组在《中国痔病诊疗指南(2020)》^[2]的基础上,采用The UpPriority Tool^[6]对原有推荐意见及相关证据进行系统综述,并组织专家开展问卷调查,对拟更新的临床问题进行重要性及紧迫性排序,初步确定需更新的35个临床问题。随后,在2024年中华中医药学会团体标准的申报、审查、函评及答辩过程中,根据专家评审意见对问题表述及内容进行整合与优化,进一步凝练为19个临床问题。在正式制订阶段,工作组开展了两轮德尔菲专家调查,对19个临床问题及8个关键结局指标的重要性进行评分与反馈,并召开面对面专家共识会议,讨论问题的临床相关性、结构重叠与表述规范性,同时依据PICOS(Population、Intervention、Comparison、Outcome、Study design)原则对问题进行系统解构。最终,基于多轮专家评估与循证分析,工作组将19个临床问题及8个关键结局指标进行归并与重构,汇总为13个核心临床问题纳入本指南,覆盖诊断、治疗、管理与随访等关键环节,确保问题设置的科学性、合理性与实践导向。

1.7 证据的检索、评价与分级

本次指南制订依据PICOS原则明确文献纳入标准,纳入2014年1月—2024年9月发表的中文随机对照试验(RCT),以痔病患者为研究对象,干预措施涵盖外剥内扎术、注射疗法、痔套扎术(RPH)、射频消融术、铜痔离子电化学疗法、多普勒引导下痔动脉结扎术(THD)、吻合器痔上黏膜环切术(PPH)等,主要结局指标包括治愈率、复发率、并发症发生率等。由于部分术式尚缺乏高质量系统评价,且近年来RCT数量丰富、质量提升,本次指南以RCT为主要证据来源,必要时参考系统评价/Meta分析作为补充,以确保推荐意见的循证基础与时效性。首先在《中国痔病诊疗指南(2020)》所基于的证据基础上,指南工作组在中国知网(CNKI)、万方数据知识服务平台、维普网(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、Embase和Cochrane Library进行检索,中文检索以“痔”“痔疮”“内痔”等为主题词,英文检索以“hemorrhoid”为主题词,采

用“外剥内扎”“注射疗法”“射频消融术”等干预术式联合“治愈率”“复发率”“并发症发生率”等结局指标构建布尔逻辑检索式,英文数据库采用自由词与MeSH词并行策略。纳入标准:(1)国内外中英文发表的RCT;(2)研究对象为明确诊断为痔的患者;(3)干预措施为上述术式之一,对照为常规术式;(4)结局指标符合规定;(5)研究时间为2014年1月—2024年9月。排除标准:(1)无法获取全文;(2)重复发表或数据重复研究,保留最早或数据最全的研究;(3)数据不完整或存在严重逻辑错误的研究。并在中国国家药品监督管理局网站查询相关中成药的不良反应监测报告,同时在国家医疗保障局及相关政策网站检索痔病相关治疗的医保报销政策。接着采用系统评价方法学评价工具(A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews, AMSTAR-2)对纳入的系统评价/Meta分析进行方法学质量评估^[7],结合AMSTAR-2评分及证据与临床问题的匹配程度,筛选出能够最佳回答临床问题的证据。最后,采用推荐意见分级评估、制定及评价体系(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, GRADE)对纳入证据进行质量分级^[8],并根据预测值的可靠程度将证据分为4个等级:高(A):证据质量高,研究结果与真实值接近,结论可靠;中(B):证据质量中等,研究结果较可靠,但可能存在一定偏差;低(C):证据质量有限,研究结果可能与真实值存在较大差异;极低(D):证据质量极低,研究结果与真实值可能有极大偏差,需谨慎解读。最终,指南工作组依据GRADE体系制作了证据概要表,为制定推荐意见提供科学依据。

1.8 指南推荐意见的形成

本指南依据GRADE方法对证据进行质量评级,并结合多维因素综合判定推荐意见的强度。推荐强度的确定综合考虑4个方面内容:(1)证据的质量等级(高、中、低、极低);(2)干预措施的获益与风险之间的平衡关系;(3)患者的价值观和偏好取向;(4)资源消耗、经济性和临床可实施性。推荐强度分为强推荐和弱推荐,其中强推荐适用于大多数患者和情境,临床决策中可优先采纳;弱推荐则提示需结合患者个体情况和临床背景谨慎应用。为提高指南的科学性与实用性,指南制订团队于2025-01-15在线上线下同步召开了《痔中西医结合诊疗指南》推荐意见与共识建议推荐会,邀请了来自全国16个省份的30余位专家参会,涵盖中医肛肠科、中西医结合肛肠外科、中医外科、结直肠外科、循证医学等多学科领域。会议中,指南牵头专家首先介绍了本指南的背景、目的与初步拟定的推荐意见/共识建议,随后由工作组汇报指南制定流程,并向与会专家发放证据概要表和投票单等材料。各项推荐意见由专家

根据GRADE网格进行计票,形成有证据支持的推荐意见;对无足够证据支持的问题,则采用名义组法中的多数投票规则达成共识建议。现场统计结果共形成17条推荐意见(其中强推荐12条,弱推荐5条),全体与会专家对投票结果无异议,最终达成一致并纳入指南正式文本。

1.9 指南的传播与实施

指南发布后,指南工作组将主要通过以下方式进行传播和推广,以确保指南的广泛应用:(1)学术会议解读:在中华中医药学会肛肠分会等相关学术会议上对指南进行详细解读。(2)巡讲推广:有计划地在全国范围内,尤其是部分重点省份,开展本指南的临床推广活动,确保各级医疗机构的临床医师充分理解并正确应用本指南。(3)学术期刊与出版物发布:在权威学术期刊和专业书籍中正式发表指南,以增强其影响力和可及性。(4)新媒体传播:通过微信、官方网站及其他社交媒体平台进行推广,提高指南的知晓度,促进临床实践中的规范应用。

2 疾病诊断

本指南疾病诊断参考《中国痔病诊疗指南(2020)》^[2]及相关临床研究和专家共识。

2.1 内痔

(1)主要表现为无痛性间歇性便血,可伴随肛门异物感或痔脱出;(2)直肠指检及肛门镜检查可见齿状线上方的静脉丛扩张或痔核;(3)排除直肠息肉、肛裂、直肠肿瘤等其他肛门直肠疾病。

2.2 外痔

(1)主要表现为肛缘肿物、疼痛或瘙痒,可因血栓形成导致剧烈疼痛;(2)肛门视诊可见皮下隆起、质地较硬,或触及血栓形成的结节;(3)排除肛周脓肿、肛乳头瘤等其他肛周疾病。

2.3 混合痔

(1)兼具内痔和外痔的特点,表现为便血、痔脱出、肛周不适等症状;(2)肛门镜检查可见齿状线上下均有痔核,或肛门视诊时可见痔块脱出;(3)排除直肠脱垂、肛周肿物等其他病变。

3 指南推荐意见

本指南的主要推荐意见见表1。

3.1 术前评估

临床问题1:痔病的分类方法及临床意义?

【推荐意见1】 痔病的诊断需要进行针对性的病史询问及体格检查,对危险因素进行鉴别,对诊断明确的痔病进行分期诊断;对于伴有便血的痔病患者,应综合病史、体格检查、危险因素及家族史等因素后进行鉴别。

表 1 推荐意见概要表

Table 1 Recommendations summary

序号	推荐意见	证据等级	推荐强度
1	痔病的诊断需要进行针对性的病史询问及体格检查，对危险因素进行鉴别，对诊断明确的痔病进行分期诊断；对于伴有便血的痔病患者，应综合病史、体格检查、危险因素及家族史等因素后进行鉴别，应建议患者完善结肠镜检查	中	强
2	所有肛肠科就诊患者应进行肛门指诊及肛门镜检查，不可耐受者如疼痛剧烈、肛门狭窄等应酌情慎重考虑；有条件的单位可开展直肠乙状结肠镜检查，可能有助于疾病诊断、分期及留存病史资料	中	强
3	饮食中增加膳食纤维和液体摄入可改善痔症状；避免久蹲久坐及限制如厕时间	中	强
4	治疗痔病的药物应遵循中西医结合辨证论治，以缓解症状并降低不良反应	中	强
5	外剥内扎术适用于Ⅲ期、Ⅳ期内痔及伴有外痔患者，治愈率高且复发率低，但术后疼痛明显	中	强
6	痔注射疗法适用于Ⅰ~Ⅱ期出血性痔病，症状改善和复发率控制良好，Ⅲ~Ⅳ期需权衡利弊	中	强（Ⅰ~Ⅱ期） 弱（Ⅲ~Ⅳ期）
7	痔套扎术（RPH）操作简便、患者痛苦小，术后恢复快，但需注意操作要点，避免并发症	中	强
8	吻合器痔上黏膜环切术（PPH）适用于Ⅲ期、Ⅳ期内痔及黏膜脱垂患者，缩短术后恢复时间	中	弱
9	高悬低切术适用于伴有脱垂的重度痔病，治愈率和术后恢复优势显著，但对术者技术要求较高	中	强
10	铜离子电化学疗法适用于轻中度痔疮，操作简便、创伤小，但长期效果有限	中	弱
11	多普勒引导下痔动脉结扎术（THD）适用于需快速恢复患者，术后疼痛控制优势显著	中	弱
12	射频消融术在治愈率上优于传统术式，但手术时间与愈合时间较长	低	弱
13	术后应加强围手术期管理，及时处理并发症（如出血、疼痛、便秘等）	中	强
14	术后少量渗血可通过局部压迫止血，活动性出血需积极处理	中	强
15	术后疼痛管理推荐多模式联合镇痛（静脉、口服、局部用药结合）	中	强
16	术后便秘需通过高纤维饮食、缓泻剂及润肠中药预防，避免长期依赖	中	强
17	术后随访应结合多学科协作与智能化管理平台，优化康复干预	中	强

别，应建议患者完善结肠镜检查。（推荐等级：强推荐）

推荐说明：参考《中西医临床肛肠病学》^[9]及《现代中医肛肠病学》^[10]等，对痔进行综合评估进而予以分类，将痔分为内痔、外痔、混合痔，临床中3类痔病的症状和体征随其严重程度及个体差异而存在差别。临床医师应有针对性地询问就诊者的病史信息，并行体格检查。

【推荐意见2】 所有肛肠科就诊患者应进行肛门指诊及肛门镜检查，不可耐受者如疼痛剧烈、肛门狭窄等应酌情慎重考虑；有条件的单位可开展直肠乙状结肠镜检查，可能有助于疾病诊断、分期及留存病史资料。（推荐等级：强推荐）

推荐说明：参考《中国痔病诊疗指南（2020）》^[2]及既往指南中国内学者对痔疮诊断及鉴别的归纳，痔主要与肛裂、直肠息肉、直肠癌、溃疡性结肠炎、直肠脱垂、肛乳头肥大、恶性黑色素瘤、肛周性传播疾病进行鉴别诊断。《痔临床诊治指南（2006版）》^[11]中对痔的鉴别诊断描述为“即使有痔存在，也应该注意结直肠癌、肛管癌、息肉、直肠黏膜脱垂、肛周脓肿、肛痿、肛裂、肛乳头肥大、肛门直肠的性传播疾病以及炎性肠病等疾病进行鉴别”。推荐痔疮辅助检查包括肛门指检、肛门镜、直肠镜检查等；如果患者有直肠出血或其他结直肠癌高危风险，应行进一步检查（便隐血试验和/或结肠镜检查）。

【推荐意见3】 饮食改变及排便习惯改变是痔病的一线治疗方式。饮食中增加膳食纤维和液体摄入可有效改善痔症状；生活方式应避免久蹲久坐及频繁如厕，同时限制如厕时间。（推荐等级：强推荐）

推荐说明：参考《中国痔病诊疗指南（2020）》^[2]，推荐认为痔疮的病因是遗传、妊娠和分娩、低纤维饮食、便秘与用力排便等；参考国内外学者对痔病生理病理特征的研究，推荐认为其与便秘、肛管静息压升高、肛管黏膜上皮损伤、肛垫支持组织变化、痔组织的血管和血流变化、血液生化指标变化等多种因素相关，支持组织变性、动静脉功能异常是发病基础。

3.2 不同治疗方式疗效及安全性，手术术式选择标准、手术进展及优缺点

3.2.1 临床问题2：生活方式干预、药物口服及疗效评估

【推荐意见4】 治疗痔病的药物种类繁多，但其主要目的是减轻出血、疼痛、瘙痒等症状，并不能令痔疮消失。用药时应遵循中西医结合辨证论治，争取达到症状缓解的同时将药物的不良反应降到最小。（推荐等级：强推荐）

推荐说明：（1）从痔诊治的相关文献^[12]中寻找痔的中医辨证分型依据，为痔中西医结合诊疗方案的制定提供证据。方法：以中文数据库为平台，以“痔”和“痔疮”为检索词检索中药内服治疗痔的文献，分别根据文

献中方剂用药或治则归纳痔的中医证型分类。结果：共检索出方剂 447 首，可有效分型 321 首，其中治疗风伤肠络证 157 首，治疗湿热下注证 41 首，治疗气滞血瘀证 64 首，治疗脾虚气陷证 41 首，治疗热毒炽盛证 18 首。（2）熏洗法，相关 RCT 研究显示，复方荆芥熏洗剂可显著提高临床有效率、降低痔病疼痛水平等（ $P<0.000\ 01$ ）^[13]。（3）文献研究显示，静脉活性药物可改善静脉张力，稳定毛细血管通透性和增加淋巴引流，缓解急慢性痔症状^[14]。

3.2.2 临床问题 3~4：膏剂、栓剂、洗剂等疗效评估，痔外剥内扎术手术及疗效评估

【推荐意见 5】 外剥内扎术在治疗痔病方面具有高治愈率和临床总有效率，同时复发率较低，可作为治疗Ⅲ期、Ⅳ期内痔及伴有外痔患者的推荐术式之一，但术后疼痛较为明显，恢复时间较长，且可能伴随一定并发症风险。（推荐等级：强推荐）

推荐说明：根据 13 项 RCT 研究^[15-16]，评估外剥内扎术的治愈率及临床总有效率。结果显示，治疗组的治愈率显著高于对照组（传统术式）（ $RR=1.119\ 4$ ， $95\%CI=1.037\ 1\sim1.208\ 2$ ， $P=0.003\ 8$ ），证据质量评估为中（B）。此外，15 项 RCT 研究显示^[17-18]，治疗组的临床总有效率显著高于对照组（ $RR=1.063\ 9$ ， $95\%CI=1.020\ 2\sim1.109\ 4$ ， $P=0.003\ 8$ ），证据质量评估为中（B）。对于复发率，14 项 RCT 研究结果显示^[19-20]，治疗组的复发率显著低于对照组（ $RD=-0.041\ 9$ ， $95\%CI=-0.066\ 0\sim-0.017\ 9$ ， $P=0.000\ 6$ ），证据质量评估为中（B）。15 项 RCT 研究表明^[21-22]，治疗组的并发症发生率低于对照组（ $RR=0.498\ 2$ ， $95\%CI=0.341\ 7\sim0.726\ 5$ ， $P=0.000\ 3$ ），证据质量评估为中（B）。9 项 RCT^[23-24] 研究发现治疗组与对照组术后疼痛评分比较无显著差异（ $MD=-0.239\ 1$ ， $95\%CI=-1.344\ 1\sim0.865\ 9$ ， $P=0.671\ 5$ ）；11 项 RCT^[25-26] 显示外剥内扎术后愈合时间显著短于对照组（ $MD=-3.679\ 6$ ， $95\%CI=-7.328\ 2\sim-0.030\ 9$ ， $P=0.048\ 1$ ）；16 项 RCT^[27-28] 表明两组手术时间比较，差异无统计学意义（ $MD=-4.028\ 4$ ， $95\%CI=-9.929\ 4\sim1.872\ 6$ ， $P=0.180\ 9$ ）。

3.2.3 临床问题 5：痔注射术手术及疗效评估

【推荐意见 6】 痔注射疗法在改善症状、减少复发率以及术后疼痛控制方面表现良好，但在治愈率和长期效果方面可能略逊于其他手术方式。对于Ⅰ~Ⅱ期伴有出血性痔病，建议痔注射术（推荐等级：强推荐）；对于Ⅲ~Ⅳ期痔病，脱垂严重的痔病患者痔注射术效果有限，应充分权衡利弊后酌情考虑该术式。（推荐等级：弱推荐）

推荐说明：根据 6 项 RCT 研究^[29-30]，对痔注射疗法的疗效进行评估。结果显示，治疗组（注射疗法）治

愈率略高于对照组，但差异无统计学意义（ $RR=1.042\ 3$ ， $95\%CI=0.973\ 0\sim1.116\ 6$ ， $P=0.251\ 2$ ），证据质量评估为中（B）。对于临床总有效率，7 项 RCT 研究显示^[31-32] 治疗组的临床总有效率显著高于对照组（ $RR=1.084\ 9$ ， $95\%CI=1.044\ 9\sim1.126\ 8$ ， $P<0.000\ 1$ ），证据质量评估为中（B）。关于复发率，2 项 RCT 研究^[33-34] 评估了复发情况，结果显示治疗组的复发率略低于对照组（ $RR=0.811\ 3$ ， $95\%CI=0.659\ 4\sim0.997\ 5$ ， $P=0.046\ 7$ ），证据质量评估为中（B）。此外，4 项 RCT 研究^[35-36] 显示，注射疗法的并发症发生率低于对照组（ $RR=0.534\ 2$ ， $95\%CI=0.379\ 7\sim0.726\ 5$ ， $P=0.000\ 3$ ），证据质量评估为中（B）。这些研究表明，痔注射疗法在改善临床有效率、减少复发率及降低并发症方面具有一定的优势。关于术后恢复，3 项 RCT 研究^[37-38] 显示，治疗组术后疼痛显著低于对照组（ $MD=-2.041\ 8$ ， $95\%CI=-2.840\ 2\sim-1.243\ 5$ ， $P<0.000\ 1$ ），证据质量评估为中（B）；3 项 RCT 研究^[39-40] 显示，注射疗法患者术后愈合时间显著短于对照组（ $MD=-6.032\ 5$ ， $95\%CI=-9.070\ 3\sim-2.994\ 7$ ， $P=0.000\ 1$ ）；7 项 RCT 研究^[41-42] 显示，注射疗法所需手术时间显著短于对照组（ $MD=-12.325\ 8$ ， $95\%CI=-16.790\ 1\sim-7.861\ 5$ ， $P<0.000\ 1$ ）。

3.2.4 临床问题 6：痔套扎术疗效评估

【推荐意见 7】 痔套扎术治疗痔病具有显著疗效，其具有操作简单、患者痛苦小、疗效确切等优点，且患者术后疼痛控制和恢复时间更具优势；但在操作时应注意操作要点，避免术后出血、狭窄等并发症发生。（推荐等级：强推荐）

推荐说明：根据收集的相关 RCT 数据，共检索到 192 项 RCT^[43-44]，评估痔套扎术治疗痔疮的疗效及术后恢复情况，结果显示：治疗组治愈率显著高于对照组（ $RR=1.117\ 1$ ， $95\%CI=1.096\ 5\sim1.138\ 1$ ， $P<0.000\ 1$ ），证据质量评估为中（B）。此外，207 项 RCT 研究显示^[45-46]，治疗组临床总有效率显著高于对照组（ $RR=1.096\ 6$ ， $95\%CI=1.083\ 3\sim1.110\ 0$ ， $P<0.000\ 1$ ），证据质量评估为中（B）。对于复发率，29 项 RCT 研究评估了治疗后的复发情况，结果显示治疗组复发率显著低于对照组（ $RD=-0.054\ 5$ ， $95\%CI=-0.084\ 4\sim-0.024\ 7$ ， $P=0.000\ 3$ ），证据质量评估为中（B）。另外，221 项 RCT 研究显示^[47-48]，治疗组并发症发生率显著低于对照组（ $RR=0.362\ 2$ ， $95\%CI=0.328\ 3\sim0.399\ 7$ ， $P<0.000\ 1$ ），证据质量评估为中（B）。术后恢复方面，136 项 RCT 研究^[49-50] 评估了术后疼痛情况，结果表明，痔套扎术患者术后疼痛显著低于对照组（ $MD=-1.505\ 1$ ， $95\%CI=-1.721\ 7\sim-1.288\ 5$ ， $P<0.000\ 1$ ）；197 项 RCT 研究显示^[51-52]，痔套扎术患者术后愈合时间显著短于对照组（ $MD=-5.054\ 1$ ， $95\%CI=-5.702\ 1\sim-4.406\ 0$ ，

$P<0.0001$)。10项RCT研究表明^[53-54],痔套扎术对肛门功能的影响较小,治疗组肛门功能评分显著优于对照组($MD=-1.6765$, $95\%CI=-2.8977\sim-0.4553$, $P=0.0071$)。211项RCT研究结果表明^[55-56],痔套扎术所需时间较短($MD=-8.1070$, $95\%CI=-8.9076\sim-7.3064$, $P<0.0001$)。

3.2.5 临床问题7: PPH

【推荐意见8】 PPH作为一种微创痔疮治疗方式,在治愈率、临床总有效率、术后疼痛及术后恢复方面表现出显著优势,其在缩短术后愈合时间和改善患者术后体验方面具有显著优势,可作为Ⅲ期、Ⅳ期内痔及伴有黏膜脱垂的痔疮患者的手术术式之一。但临床中可能出现肛门下坠感、异物感、瘢痕挛缩疼痛等情况,应综合评估利弊后决策,不作为一线痔病手术方法。(推荐等级:弱推荐)

推荐说明:据收集的相关RCT研究^[57-58],评估PPH的疗效及术后恢复情况,结果显示:治疗组的治愈率显著高于对照组($RR=1.3508$, $95\%CI=1.3082\sim1.3949$, $P<0.0001$),证据质量评估为中(B)。另外,273项RCT研究显示^[59-60],治疗组的临床总有效率显著高于对照组($RR=1.1499$, $95\%CI=1.1349\sim1.1651$, $P<0.0001$),证据质量评估为中(B)。对于复发率,58项RCT研究评估了治疗后的复发情况^[61-62],结果显示治疗组的复发率显著低于对照组($RD=-0.0877$, $95\%CI=-0.1122\sim-0.0632$, $P<0.0001$),证据质量评估为中(B)。此外,270项RCT研究显示^[63-64],治疗组的并发症发生率显著低于对照组($RR=0.3399$, $95\%CI=0.3124\sim0.3698$, $P<0.0001$),证据质量评估为中(B)。术后恢复方面,197项RCT研究^[65-66]评估了术后疼痛情况,结果表明,PPH术后疼痛显著低于对照组($MD=-1.8497$, $95\%CI=-2.0923\sim-1.6070$, $P<0.0001$)。249项RCT研究显示^[67-68],PPH患者术后愈合时间显著短于对照组($MD=-7.3673$, $95\%CI=7.9148\sim-6.8199$, $P<0.0001$)。6项RCT研究表明^[69-70],PPH术后肛门功能评分显著优于对照组($MD=-1.4772$, $95\%CI=-2.4602\sim-0.4942$, $P=0.0032$)。401项RCT研究结果表明^[71-72],PPH手术时间显著短于对照组($MD=-15.3481$, $95\%CI=-16.4986\sim-14.1976$, $P<0.0001$)。

3.2.6 临床问题8: 高悬低切术疗效评估

【推荐意见9】 高悬低切术作为一种治疗中重度痔病的手术方式,在治愈率、临床总有效率和术后愈合时间有显著优势,同时复发率和术后疼痛评分较低,适用于伴有脱垂的重度痔病患者。然而,其复发率与传统术式相比无显著差异,对术者技术要求较高。(推荐等级:强推荐)

推荐说明:根据收集的相关RCT研究^[73-74],评估高悬低切术的疗效及术后恢复情况,结果显示:治疗组的治愈率显著高于对照组($RR=1.1354$, $95\%CI=1.0094\sim1.2771$, $P=0.0344$),证据质量评估为中(B)。此外,6项RCT研究显示^[75-76],治疗组的临床总有效率显著高于对照组($RR=1.1218$, $95\%CI=1.0276\sim1.2246$, $P=0.0102$),证据质量评估为中(B)。对于复发率,2项RCT研究显示^[77-78]治疗组复发率与对照组无显著差异($RR=1.0000$, $95\%CI=0.2596\sim3.8520$, $P=0.9799$),证据质量评估为低(C)。术后恢复方面,2项RCT研究^[79-80]评估了术后疼痛情况,结果表明高悬低切术后疼痛显著低于对照组($MD=-2.8529$, $95\%CI=-4.3564\sim-1.3495$, $P=0.0002$)。4项RCT研究显示^[81-82],治疗组术后愈合时间显著短于对照组($MD=-7.2000$, $95\%CI=-10.6696\sim-3.7304$, $P<0.0001$)。5项RCT研究结果表明^[83-84],治疗组与对照组手术时间比较无显著差异($MD=-1.1889$, $95\%CI=-4.0575\sim1.6797$, $P=0.4166$)。

3.2.7 临床问题9: 铜离子电化学疗法

【推荐意见10】 铜离子电化学疗法作为一种新型微创痔疮治疗方法,具有操作简便、创伤小、术后恢复快的优点,适用于轻中度痔病患者。其治愈率和临床总有效率与传统术式差异无统计学意义,适用性可能受限于特定患者群体。(推荐等级:弱推荐)

推荐说明:根据收集的相关RCT研究^[85-86],评估铜离子电化学疗法的疗效及术后恢复情况,结果显示:治疗组治愈率略高于对照组($RR=1.0551$, $95\%CI=0.9320\sim1.1943$, $P=0.3968$),但差异无统计学意义,证据质量评估为中(B)。此外,5项RCT研究显示^[87-88],治疗组与对照组临床总有效率差异无显著性($RR=1.0444$, $95\%CI=0.9777\sim1.1157$, $P=0.1969$),证据质量评估为中(B)。对于复发率,2项RCT研究显示^[89-90]治疗组复发率显著低于对照组($RR=0.4286$, $95\%CI=0.2581\sim0.7116$, $P=0.0011$),证据质量评估为高(A)。术后恢复方面,3项RCT研究^[91-92]评估术后疼痛情况,结果表明铜离子电化学疗法患者术后疼痛评分低于对照组($MD=-1.6435$, $95\%CI=-4.0890\sim0.8020$, $P=0.1878$),但差异无统计学意义。1项RCT研究显示^[93],铜离子电化学疗法术后愈合时间显著短于对照组($MD=-1.2100$, $95\%CI=-1.6746\sim-0.7454$, $P<0.0001$)。

3.2.8 临床问题10: THD

【推荐意见11】 THD作为一种微创痔病治疗方法,特别适用于需要快速恢复的患者。其在术后疼痛控制、愈合时间缩短方面显示出显著优势,且并发症发生率较低。然而,其治愈率和复发率与传统手术相比差异无显著性,比较依赖超声技术的使用,在基层当中使用

存在一定的难度,适用性较受限于术者经验。(推荐等级:弱推荐)

推荐说明:根据9项RCT研究^[94-95],共纳入大量患者,研究结果显示:治疗组(THD)治愈率与对照组(传统手术术式)相当($RR=1.012\ 4$, $95\%CI=0.936\ 5\sim1.094\ 5$, $P=0.756\ 8$),差异无统计学意义,证据质量评估为中(B)。对于复发率,5项RCT研究^[96-97]评估了治疗后的复发率,结果显示:治疗组复发率与对照组相当($RR=1.004\ 7$, $95\%CI=0.414\ 9\sim2.432\ 7$, $P=0.991\ 7$),差异无统计学意义,证据质量评估为低(C)。关于并发症发生率,6项RCT研究^[98-99]表明,治疗组(THD)并发症发生率显著低于对照组($RR=0.539\ 2$, $95\%CI=0.376\ 2\sim0.772\ 9$, $P=0.000\ 8$),证据质量评估为中(B)。对于临床总有效率,13项RCT研究^[100-101]评估显示:THD治疗组临床总有效率与对照组比较,差异无统计学意义($RR=1.007\ 6$, $95\%CI=0.983\ 5\sim1.032\ 4$, $P=0.537\ 7$),证据质量评估为低(C)。术后恢复方面,10项RCT研究^[102-103]评估了术后疼痛情况,结果显示:THD术后疼痛显著低于对照组($MD=-1.298\ 1$, $95\%CI=-2.023\ 8\sim-0.572\ 3$, $P=0.000\ 5$),证据质量评估为中(B)。关于术后愈合时间,5项RCT研究^[104-105]结果表明,THD术后愈合时间显著短于对照组($MD=-2.628\ 4$, $95\%CI=-3.715\ 7\sim-1.541\ 1$, $P<0.000\ 1$),证据质量评估为中(B)。对于手术时间,10项RCT研究^[106-107]显示:THD与对照组手术时间比较,差异无统计学意义($MD=-1.669\ 8$, $95\%CI=-8.069\ 1\sim4.729\ 4$, $P=0.609\ 0$),证据质量评估为低(C)。

3.2.9 临床问题 11: 痔疮射频消融术

【推荐意见 12】 射频消融术治疗痔疮的临床疗效有效,与传统手术术式治疗痔疮相比在治愈率上有一定优势,但手术时间与愈合时间相对较长。(推荐等级:弱推荐)

推荐说明:根据收集的相关RCT研究^[108-109],评估射频消融术治疗痔疮的疗效及术后恢复情况,结果显示:在1项RCT研究中^[108],治疗组(射频消融术)治愈率显著高于对照组(切除术),治疗组治愈率为80/80,对照组为73/80,两组治愈率比较,差异有统计学意义($OR=1.095\ 2$, $95\%CI=1.019\ 5\sim1.176\ 6$, $P=0.012\ 8$),证据质量评估为中(B)。此外,1项RCT研究^[109]显示,实验组手术时间为62 min,对照组为60 min,手术时间均值差为 $-24.920\ 0\ min$ ($95\%CI=-28.339\ 2\sim-21.500\ 8$, $P<0.000\ 1$),证据质量评估为高(A)。同一RCT结果^[109]显示,实验组愈合时间为62 d,对照组为60 d,愈合时间均值差为 $-3.890\ 0\ d$ ($95\%CI=-4.538\ 7\sim-3.241\ 3$, $P<0.000\ 1$),证据质量评估为中(B)。

3.3 痔围术期管理

3.3.1 临床问题 12: 痔病术后并发症

【推荐意见 13】 痔病术后并发症是常见的,医生应注意围术期管理,保证充分的术前宣教,术中仔细地操作,术后一旦发生并发症应及时、有效地处理。(推荐强度:强推荐)

推荐说明:围术期管理对痔病患者术后恢复至关重要。研究表明,术前宣教可有效减轻患者术后焦虑,术中精细操作减少出血等并发症^[110]。少量渗血时应通过局部压迫止血,积极与患者沟通缓解焦虑;对于活动性出血,需在保证生命体征平稳的情况下,尽快采取有效措施。围术期的综合管理能够显著降低并发症发生率,优化患者术后恢复。

【推荐意见 14】 痔病术后出血是常见的并发症,少量渗血不必过分担心,应充分与患者沟通缓解焦虑情绪,局部压迫止血即可;对于活动性出血,应维持保证患者生命体征平稳的情况下尽快、积极处理。(推荐强度:强推荐)

推荐说明:2022年一项关于痔切除术后疼痛管理的系统评价(涵盖157项研究及15项荟萃分析)结果显示^[106],痔病术后少量渗血在多数情况下是可以自愈的,不需要过度干预,局部压迫止血及保持冷静对于缓解患者的焦虑情绪有显著帮助。对于活动性出血,术后积极的血管处理是必需的,并且需要在保证生命体征稳定的情况下尽快处理,以降低并发症的风险。通过术后合理的患者教育及快速有效的干预,能够显著改善术后恢复及减少并发症的发生。

【推荐意见 15】 痔病术后疼痛很常见,可多模式联合镇痛,如联合静脉镇痛药物、口服镇痛药物、局部注射镇痛、局部涂抹镇痛、肛内用药镇痛等,药物使用遵循镇痛阶梯原则,目的是让患者尽可能在药物不良反应最小的情况下达到无痛或轻度疼痛(疼痛视觉模拟评分为0~4分)。(推荐强度:强推荐)

推荐说明:痔病术后疼痛是常见且严重影响患者生活质量的并发症。研究表明,结合静脉镇痛、口服镇痛、局部注射与中药熏洗等多模式治疗,可以有效减轻术后疼痛(疼痛视觉模拟评分为0~4分),同时减少药物不良反应^[111]。采用中药熏洗疗法与针刺治疗可进一步缓解肛门水肿并增强镇痛效果。镇痛治疗应遵循阶梯原则,逐步调整药物剂量,确保最大限度的镇痛效果与最小的不良反应。推荐结合非阿片类药物与中药辅助治疗,提升术后康复效果。

【推荐意见 16】 痔病术后便秘是常见的并发症之一,应在术后提前预防,减少便秘发生率。术后应主张高膳食纤维饮食,保证液体摄入,酌情使用缓泻剂及润肠通便类中药。注意避免术后长时间使用缓泻剂,避免肛门狭窄等术后并发症。(推荐强度:强推荐)

推荐说明：便秘是痔病术后常见的并发症之一，影响患者的康复和生活质量。研究表明，大便干硬与痔病症状密切相关，尤其是肛门疼痛和便血的发作频率^[112]。为了预防术后便秘的发生，应提倡术后增加膳食纤维摄入，保持充足的液体摄入，必要时使用缓泻剂或润肠通便的中药。避免长期依赖缓泻剂，以免引起肛门狭窄等并发症。改善大便性状不仅有助于缓解症状，还能有效预防痔病复发。

3.3.2 问题 13：痔病术后随访期管理

【推荐意见 17】 除了肛门功能、术后恢复情况、复发情况、不良事件等随访内容，痔病日常健康管理是术后随访管理的基础环节，涉及营养、膳食、运动、心理等多个领域，多学科的相互协作以及专业化的跟进实施是保证管理效果的必要手段；采用互联网以及人工智能、大数据等信息技术构建智能化管理平台则是改善动

态管理、优化干预手段、提升随访效率的有效措施。（推荐强度：强推荐）

推荐说明：痔病术后患者的康复管理至关重要，尤其是在术后伤口愈合与并发症预防方面。研究表明，PPH 联合外痔切除术及辅助痔疮洗液熏蒸治疗，在缩短创面愈合时间、减轻术后疼痛和水肿、减少出血等方面具有显著优势^[113]。结合合适的术后护理，如使用中药熏蒸治疗，不仅可以加速伤口愈合，还能有效缓解术后不适。适当的术后护理和健康管理，如合理膳食、高纤维摄入及情绪支持，也是确保患者顺利恢复和减少术后并发症的关键。

4 中西医结合痔病诊疗流程图

本指南形成的痔病中西医结合诊疗指南流程图详见图 1。

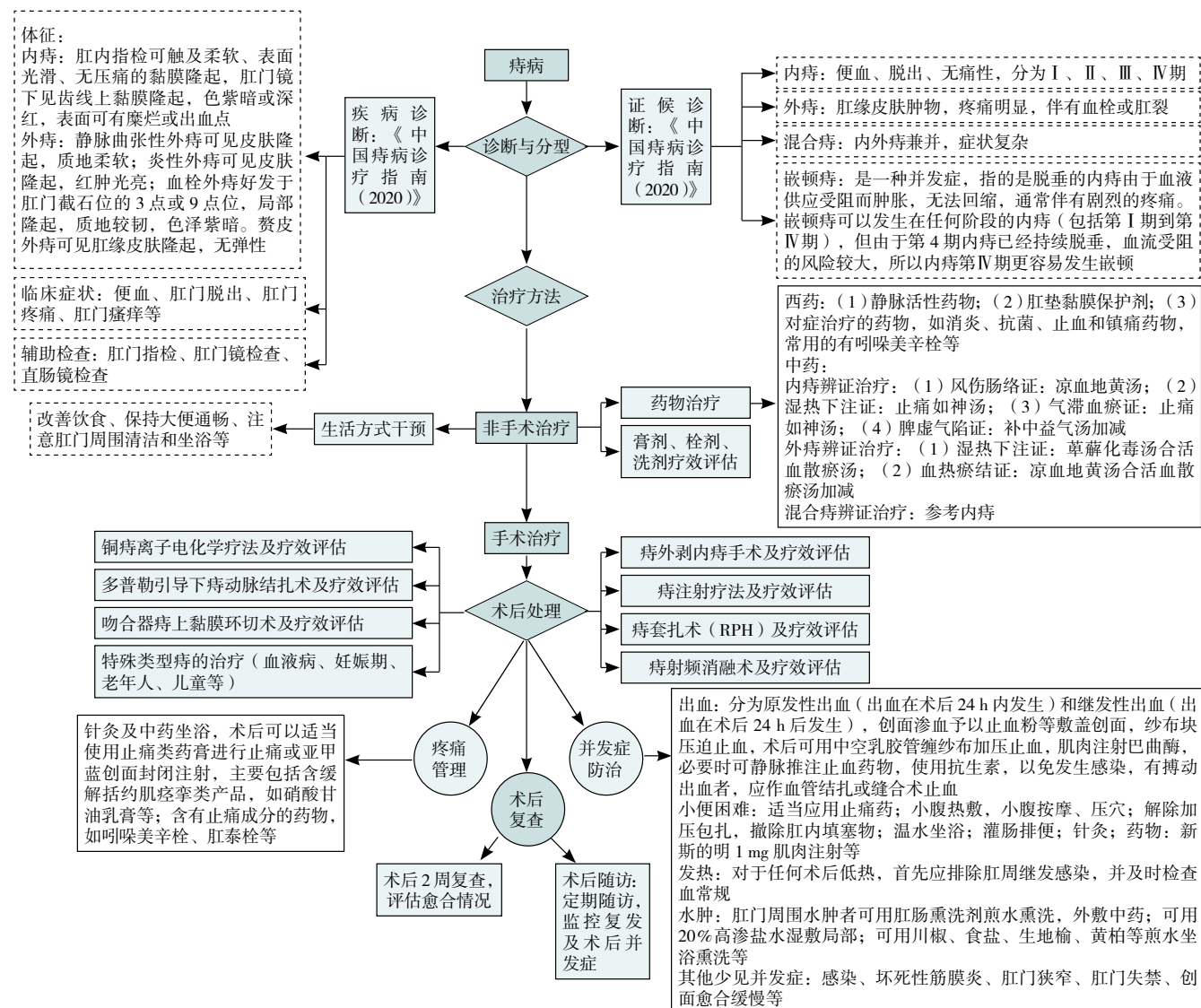


图 1 痔中西医结合诊疗流程图

Figure 1 Flowchart of diagnosis and treatment on integrative medicine for hemorrhoid

5 讨论

本指南在现有研究成果基础上,融合中西医诊疗新知识、新进展,制定痔疮中西医诊疗规范和标准,为临床推广运用提供依据,对发挥中西医结合诊治痔病的特色优势,提高疗效和改善患者生活质量具有十分重要的作用。

尽管本指南严格遵循循证指南的制订方法,但也存在一些局限性。指南将应用于基层医疗机构,专家遴选方面欠缺一定数量的基层医疗人员,专家多是来自大型三甲综合医疗机构,意见专业性较强但全面性代表方面稍弱。此外,专家组专业广度欠佳,如未涉及护理学、麻醉科、方法学等多领域的专家。专家分布的地域较为广泛,包括华东、华北等6个地理分区,但缺少东北地区的专家。再者,考虑到问题的专业性,本项目研究并未对患者群体进行调研,相对缺乏患者角度的意见,也是本指南的不完美之处。本指南在临床问题部分,对于痔病的治疗方法上,涉及广泛,讨论充分,但对于不同严重程度痔病的术式选择等方面有待进一步完善。最后,本次指南的更新未对新纳入的临床问题开展患者偏好及价值观的调研,这可能会影响到最终形成的推荐意见和确定推荐强度,同时指南的研制时间较长,支持推荐意见的证据及卫生经济学情况可能会改变,本指南工作组将在指南更新时改进这些问题。

声明:本指南是在现行法律、法规和强制性标准的框架下进行研制,并在编制过程中严格遵循已有的国际、国内标准,不存在冲突。本指南基于循证指南制订方法和最新的研究证据,纳入多学科专家的共识意见,但指南中所涉及的推荐意见不能代表所有参与单位的观点。对于本指南存在的不足和缺陷,将在下一版继续完善。同时,郑重声明本指南所涉及的观点不得用作商业推广和宣传。

《痔中西医结合诊疗指南(2025版)》指南起草组专家成员(按姓氏笔画排序):毛红(四川省第二中医医院)、毛细云(安徽中医药大学第一附属医院)、王晏美(中日友好医院)、王振彪(首都医科大学附属北京世纪坛医院)、史仁杰(江苏省中医院)、冯六泉(中国人民解放军空军总医院)、石玉迎(中日友好医院)、代红雨(北京中医药大学东方医院)、史学文(山东省中医院)、石荣(福建中医药大学附属人民医院)、刘仍海(北京中医药大学东方医院)、孙文超(空军特色医学中心)、孙平良(广西中医药大学第一附属医院)、曲牟文(中国中医科学院广安门医院)、孙松朋(北京中医药大学东直门医院)、孙锋(广州中医药大学第一附属医院)、刘薇(北京中医药大学东方医院)、张丹(江苏省中医院)、张书信(北京中医药大学东直门医

院)、李文(太和县中医院)、杨云(银川市中医医院)、杨向东(成都肛肠专科医院)、杨志忠(河南省直第三人民医院)、李昕(中日友好医院)、李京向(北京中医药大学第三附属医院)、吴国举(北京医院)、李胜龙(南方医科大学南方医院)、李恒爽(首都医科大学附属朝阳医院)、李峨(中国中医科学院广安门医院)、郑丽华(中日友好医院)、林林(烟台白石肛肠医院)、单隽(沧州中西医结合医院)、林爱珍(湖北省中医院)、罗超兰(成都肛肠专科医院)、赵刚(青岛大学附属医院)、段宏岩(同仁堂中医院)、贾小强(中国中医科学院西苑医院)、徐月(重庆中医药学院附属重庆中医院)、徐云峰(包钢集团第三职工医院)、袁巧(成都肛肠专科医院)、郭修田(上海中医药大学附属龙华医院)、钱海华(江苏省中医院)、梁靖华(深圳市中医院肛肠医院)、智从从(中日友好医院)、韩冰(威海市中医院)、程伟才(烟台市烟台山医院)、谭嗣伟(首都医科大学附属北京友谊医院)、薛雾松(北京中医药大学东方医院)

指南秘书组组长:智从从(中日友好医院)

指南秘书组成员:程一乘(中日友好医院)、侯文肖(中日友好医院)、刘殿龙(中日友好医院)、李雪(北京中医药大学)、王孝龙(北京中医药大学)、李可怡(北京中医药大学)、刘宁远(中日友好医院)、原野(中日友好医院)、贾兰斯(中日友好医院)、余求祥(中日友好医院)

指南临床负责人:郑丽华(中日友好医院)、刘仍海(北京中医药大学东方医院)

参考文献

- [1] VAN TOL R R, KLEIJNEN J, WATSON A M, et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease [J]. Colorectal Dis, 2020, 22 (6): 650-662. DOI: 10.1111/codi.14975.
- [2] 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.
- [3] DAVIS B R, LEE-KONG S A, 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.
- [4] 陈耀龙, 杨克虎, 王小钦, 等. 中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版) [J]. 中华医学杂志, 2022, 102 (10): 697-703.
- [5] 国家标准化管理委员会. GB/T 1.1—2020 标准化工作导则 第1部分: 标准化文件的结构和起草规则 [S]. 北京: 中国标准出版社, 2020.
- [6] SANABRIA A J, ALONSO-COELLO P, MCFARLANE E, et al. The UpPriority tool supported prioritization processes for updating clinical guideline questions [J]. J Clin Epidemiol, 2021, 139:

- 149-159. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2021.07.022.
- [7] SHEA B J, REEVES B C, WELLS G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both [J]. BMJ, 2017, 358: j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
- [8] GUYATT G H, OXMAN A D, VIST G E, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations [J]. BMJ, 2008, 336 (7650): 924-926. DOI: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.
- [9] 李国栋. 中西医临床肛肠病学 [M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2020: 1-380.
- [10] 荣文舟. 现代中医肛肠病学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000.
- [11] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南 (2006版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9 (5): 461-463.
- [12] 李玉林, 吴锋, 朱岳奇, 等. 痔中医病因病机及论治辨析 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22 (22): 63-66.
- [13] 王东, 周如乐, 王慧, 等. 肛泰栓联合复方荆芥熏洗剂治疗混合痔外剥内扎术后的临床研究 [J]. 中草药, 2025, 56 (5): 1682-1686.
- [14] 夏仕俊, 范小华. 静脉活性药物在痔病治疗中的应用 [J]. 临床药物治疗杂志, 2021, 19 (10): 8-11. DOI: 10.3969/j.issn.1672-3384.2021.10.002.
- [15] 许智荣, 张娟, 张小元. 自动痔套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔 52 例疗效观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2024, 44 (3): 16-18.
- [16] 陈广浩. 混合痔患者应用自动弹力线痔疮套扎术联合外痔切除保留齿状线术的效果 [J]. 保健文汇, 2024, 25 (24): 21-24.
- [17] 雷新益, 张志云, 吉祖进, 等. RPH 联合外剥内扎术与 PPH 治疗重度混合痔的临床效果比较 [J]. 实用医学杂志, 2018, 34 (12): 2049-2052. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5725.2018.12.032.
- [18] 谢成利. TST 联合外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效 [J]. 中国肛肠病杂志, 2014, 34 (12): 24-25. DOI: 10.3969/j.issn.1000-1174.2014.12.008.
- [19] 罗威, 陈焕忠, 易志勇. 探讨中度混合痔给予弹力线套扎剥脱术治疗的临床效果 [J]. 智慧健康, 2024, 10 (9): 144-147. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2024.09.036.
- [20] 宋伟. 自动痔疮套扎术与传统外剥内扎术治疗混合痔的临床效果研究 [J]. 大健康, 2024 (2): 130-132.
- [21] 田炳森. 自动套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔的应用有效性研究 [J]. 每周文摘·养老周刊, 2024 (3): 60-62.
- [22] 袁琴, 徐小平, 冯娟丽. 自动痔疮套扎术联合外痔剥离术治疗重度混合痔的疗效 [J]. 浙江实用医学, 2024, 29 (2): 131-134. DOI: 10.16794/j.cnki.cn33-1207/r.2024.02.002.
- [23] 张英, 袁东辉, 左云领. PPH 双荷包缝合法与 RPH 串联套扎术治疗老年脱垂性痔的临床疗效对比分析 [J]. 中国肛肠病杂志, 2024, 44 (8): 36-38.
- [24] 张玉, 高宏平, 郑娇, 等. 自动弹力线痔疮套扎术联合成形缝合术治疗重度脱垂性痔的疗效观察 [J]. 中国现代医生, 2024, 62 (4): 11-14.
- [25] 赵杭勇. 自动痔套扎术联合外剥内扎术对混合痔患者手术时间和创面愈合时间的影响 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8 (17): 88-90.
- [26] 杨永峰, 王德高, 常周洋, 等. 自动胶圈套扎术联合外切口近端浅层缝合术治疗混合痔疗效观察 [J]. 新疆中医药, 2022, 40 (6): 20-22.
- [27] 杜进波, 谢敏, 商群献, 等. RPH 联合外痔切除术治疗环状混合痔 30 例疗效观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2023, 43 (9): 13-15.
- [28] 于相浩. 内痔套扎外痔剥切缝合术治疗混合痔的临床疗效分析 [J]. 中外医疗, 2016, 35 (11): 106-107. DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2016.11.106.
- [29] 敖翔, 陈方林. 痔疮自动套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2018, 34 (3): 364-365.
- [30] 包燕君, 何艳萍, 黄朝旭. 内扎外剥联合超声多普勒引导下痔动脉结扎术治疗Ⅲ、Ⅳ度混合痔 [J]. 中国医学创新, 2016, 13 (21): 108-111. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4985.2016.21.033.
- [31] 戴连平. 混合痔外切内扎联合聚桂醇注射疗法的临床效果评价 [J]. 临床医学, 2017, 37 (8): 21-23. DOI: 10.19528/j.issn.1003-3548.2017.08.008.
- [32] 刘任通, 魏旭, 焦战, 等. 自动痔套扎联合硬化剂注射治疗Ⅱ度和Ⅲ度内痔的临床研究 [J]. 临床外科杂志, 2023, 31 (10): 959-961.
- [33] 徐俊娜, 卢桂梅. 消痔灵注射治疗内痔 80 例疗效观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2017, 37 (1): 26-27. DOI: 10.3969/j.issn.1000-1174.2017.01.012.
- [34] 郭宏伟. 改良 TST 术联合硬化剂注射疗法治疗Ⅲ、Ⅳ度脱垂性痔病的治疗价值 [J]. 中国保健营养, 2022, 32 (19): 94-96.
- [35] 黄春英, 李建军, 周福源, 等. 超声多普勒引导下痔动脉结扎术治疗混合痔疗效及对术后肛门功能的影响 [J]. 江西医药, 2022, 57 (1): 66-68. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2181.2022.01.018.
- [36] 范文涛, 王卫东. 痔疮内痔硬化剂注射加外痔切除术治疗混合痔的临床疗效分析 [J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44 (3): 141-142. DOI: 10.14022/j.cnki.1004-5724.2021.03.027.
- [37] 宋昱霖. 用三联疗法治疗环状混合痔的效果研究 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14 (19): 19-20.
- [38] 魏建前. 内镜下套扎术、内镜下硬化剂注射疗法及吻合器痔上黏膜环切术对老年Ⅱ~Ⅲ度内痔患者围术期指标、疼痛及并发症的影响 [J]. 中国医疗器械信息, 2023, 29 (21): 122-124. DOI: 10.15971/j.cnki.cmdi.2023.21.042.
- [39] 熊勤涛. 88 例老年人痔疮治疗体会 [J]. 北方药学, 2014, 11 (10): 149.
- [40] 张永安, 张旗, 翟敏, 等. 柱状缝扎固定加注射术治疗脱垂性内痔的临床研究 [J]. 中国肛肠病杂志, 2017, 37 (7): 18-20. DOI: 10.3969/j.issn.1000-1174.2017.07.006.
- [41] 袁宝珍. 中医外科注射固脱法治疗重度痔疮的临床效果 [J]. 内蒙古中医药, 2022, 41 (2): 137-138, 153. DOI: 10.16040/j.cnki.cn15-1101.2022.02.042.
- [42] 苏其玲. 自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术与吻合器痔上

- 黏膜环切术治疗重度环状混合痔的临床效果对比[J]. 吉林医学, 2022, 43(2): 346-347.
- [43] 崔洁琼, 任鑫虎. 自动痔疮套扎术联合混合痔外剥内扎术对环状混合痔患者疼痛及预后的影响[J]. 四川解剖学杂志, 2023, 31(3): 29-31. DOI: 10.3969/j.issn.1005-1457.2023.03.010.
- [44] 党文. 自动痔疮套扎术治疗痔疮出血的临床疗效分析[J]. 中华养生保健, 2022, 40(23): 47-49.
- [45] 晁储平, 孟健. 痔疮自动套扎术联合外痔切除缝合术对环状脱垂性混合痔患者围术期相关指标及肛门功能的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3(22): 105-108.
- [46] 范华忠. 弹力线痔疮套扎器套扎与外痔切除术联合治疗混合痔的临床观察[J]. 健康之友, 2023(18): 148-150.
- [47] 冯涛, 裴一爽. 痔弹力线自动套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔92例临床分析[J]. 人人健康, 2022(15): 84-86.
- [48] 郭昌, 吕智豪, 赵文韬, 等. 外剥内套法联合自动弹力线套扎术治疗重度混合痔的疗效观察[J]. 广西医学, 2020, 42(20): 2646-2649. DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2020.20.08.
- [49] 顾俊, 杜燕红, 马静怡, 等. 微创弹力线套扎联合外痔切除术治疗混合痔42例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42(10): 43-45.
- [50] 何文涛, 成志峰, 伍毅, 等. 自动弹力线痔疮套扎术联合外痔切除保留齿状线术对混合痔患者围手术期指标及术后恢复的影响[J]. 中国医学创新, 2024, 21(12): 22-26.
- [51] 胡尊朋, 徐会聪. 自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗痔疮的临床效果研究[J]. 东方药膳, 2022(12): 99-100.
- [52] 金磊, 吴炯, 王振宜, 等. 痔激光消融术与胶圈套扎术治疗Ⅱ~Ⅲ度内痔的临床疗效对比观察[J]. 结直肠肛门外科, 2023, 29(3): 274-279. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2023.03.013.
- [53] 李路. 自动痔疮套扎术与传统痔疮手术治疗痔疮的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2023, 17(19): 44-46. DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2023.19.010.
- [54] 李乾国, 张正勇, 代剑波, 等. PPH双荷包缝合法与RPH串联套扎法在老年Ⅲ~Ⅳ度脱垂性痔病患者中的应用效果对比[J]. 结直肠肛门外科, 2023, 29(1): 67-72. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2023.01.012.
- [55] 湛和权. 自动弹力线痔套扎术治疗重度混合痔并直肠黏膜脱垂的临床效果[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27(3): 120-122.
- [56] 赖奋飞, 李锦良. 探讨门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的安全性和有效性[J]. 实用中西医结合临床, 2017, 17(1): 114-116. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.068.
- [57] 徐烨, 黄震, 陈文泉. PPH联合闭合式外剥内扎手术治疗重度混合痔的临床观察[J]. 健康必读, 2018(17): 48-49.
- [58] 吕小红, 司志伟. 外剥内扎术联合自动弹力线痔套扎术治疗混合痔临床观察[J]. 社区医学杂志, 2019, 17(22): 1429-1432.
- [59] 吴其成. 吻合器痔上黏膜环切钉合术(PPH)治疗混合痔60例[J]. 医学信息, 2015(z3): 310-311. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2015.z3.455.
- [60] 李延言, 陈志强. 痔上黏膜套扎术联合外痔切除术在混合痔患者中的应用效果[J]. 中国医学创新, 2023, 20(11): 44-48.
- [61] 刘文奇. PPH与外剥内扎术治疗混合痔疗效对比观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36(3): 16-18.
- [62] 卢本银. PPH治疗混合痔150例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2015, 35(3): 31-32.
- [63] 彭樱花, 吴锦萍, 王振杰, 等. 经内镜痔上直肠黏膜套扎治疗内痔并脱垂的临床效果分析[J]. 系统医学, 2023, 8(17): 125-128. DOI: 10.19368/j.cnki.2096-1782.2023.17.125.
- [64] 朱文浪, 王鼎超, 雷庆军. RPH联合外痔切除治疗环状混合痔的临床研究[J]. 中外医疗, 2023, 42(36): 45-48. DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2023.36.045.
- [65] 何聪安, 凌泽文, 温中扬. 改良M-M术与PPH术治疗混合痔的近远期疗效及其成本效果分析[J]. 海南医学, 2021, 32(7): 860-863. DOI: 10.3969/j.issn.1003-6350.2021.07.011.
- [66] 陈泰鑫, 黄陈海, 喻逢春. RPH与PPH分别联合外剥内扎术治疗中重度混合痔高龄患者的疗效对比[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(10): 21-23. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2022.10.007.
- [67] 赵丽君. 对比分析自动痔疮套扎术(RPH)、选择性痔上黏膜切除术(TST)治疗中重度非环状混合痔的效果[J]. 健康必读, 2022(13): 47-49.
- [68] 钟振宇, 周敏, 罗金辉, 等. 两种不同术式治疗复杂性环状混合痔的临床疗效对比: RPH联合外剥内扎术与PPH术[J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28(6): 613-616. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2022.06.014.
- [69] 钟志强, 袁志强. 重度混合痔应用PPH联合改良外剥内扎术治疗的临床疗效观察[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(15): 144-146. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6586.2022.15.044.
- [70] 周志远. 经肛吻合器痔上黏膜环切钉合术(PPH)治疗重度混合痔的临床疗效[J]. 医药卫生, 2022, 14(3): 118-120.
- [71] 宋俊. RPH联合外剥内扎术对混合痔患者手术相关指标及并发症的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(17): 62-64, 75. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2022.17.018.
- [72] 熊燕萍. PPH术及RPH术联合外剥内扎术治疗重度混合痔的疗效[J]. 数理医药学杂志, 2019, 32(4): 529-530. DOI: 10.3969/j.issn.1004-4337.2019.04.027.
- [73] 邓先义. 高悬低切术与外剥内扎术治疗混合痔患者的临床疗效及安全性[J]. 医疗装备, 2020, 33(1): 10-11.
- [74] 杜中文. 高悬低切术式治疗混合痔的临床效果分析[J]. 当代医学, 2019, 25(31): 175-177.
- [75] 曹敏, 张启锋, 秦小雯. 高悬低切术治疗混合痔40例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(1): 18-19.
- [76] 贾小强, 李东冰, 闫凌, 等. 高悬低切环形保留肛管皮肤的混合痔术式临床研究[C]//第十五届中国中西医结合大肠肛门病学术交流会议论文集萃. 济南, 2012: 101-105.
- [77] 袁国强, 刘钦志. 改良高悬低切术治疗混合痔的临床研究[J]. 按摩与康复医学, 2013, 4(8): 101-102.
- [78] 徐春艳. 基于中医传统结扎法的高悬低切术式治疗混合痔的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2016.
- [79] 邱光明. 混合痔术式的选择与远期疗效的分析[J]. 中外医疗, 2014, 33(2): 26-27.
- [80] 龚捷. 内套外剥齿状线保留术治疗Ⅲ度混合痔的临床效果[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(14): 2269-2270.

- [81] 曾锦涛, 伍秀卿, 梁小沙, 等. RPH 与 PPH、M-M 术治疗混合痔的临床疗效对比研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (41): 90-91. DOI: 10.16281/j.cnki.jocml.2020.41.082.
- [82] 曾绍兵, 毛常青, 李俊. RPH 与 PPH 在重度混合痔治疗中的疗效与安全性对比评价 [J]. 中国实用医药, 2018, 13 (36): 38-40. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2018.36.016.
- [83] 权隆芳, 贾小强, 赵卫兵, 等. 高悬低切术治疗混合痔的临床效果观察 [J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24 (6): 570-575. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2018.06.010.
- [84] 傅跃权, 梁竞丹, 甘宝三. RPH 联合高悬低切术治疗环状混合痔临床疗效与安全性探讨 [J]. 安徽医学专学报, 2024, 23 (1): 26-28. DOI: 10.20072/j.cnki.issn2097-0196.2024.01.009.
- [85] 李斌, 张琼, 赵文鹏. 高位悬吊联合胶圈套扎术在混合痔治疗中的临床观察 [J]. 中国现代医生, 2022, 60 (26): 51-54.
- [86] 徐龙. 高位悬吊联合胶圈套扎术在混合痔治疗中的临床价值分析 [J]. 健康之友, 2023 (18): 29-31.
- [87] 布艳军, 曾航, 张跃. 外痔切除缝合加铜离子电化学疗法治疗混合痔 30 例临床观察 [J]. 世界最新医学, 2020, 20 (61): 66-67. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2020.61.033.
- [88] 李丹, 王万民, 徐诚, 等. 铜离子微创技术在痔手术中的应用 [J]. 当代医学, 2019, 25 (14): 18-21.
- [89] 梁波, 王翠霞, 李翔飞. 铜离子电化学疗法配合外剥内扎术治疗混合痔 200 例临床观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41 (3): 18-19.
- [90] 徐春艳, 贾小强, 王栋, 等. 高悬低切术式治疗混合痔的临床观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38 (11): 1340-1343.
- [91] 杨波武, 柳迁乔, 王瑞. 铜离子电化学治疗仪治疗痔疮疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23 (7): 764-765. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2014.07.037.
- [92] 赵雪松, 李晋. 铜离子电化学疗法联合外痔切除缝合治疗青年混合痔 50 例 [J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42 (9): 14-16.
- [93] 陈颀, 郝旭飞, 郑卫强, 等. 痔动脉结扎术联合 RPH 术治疗 II ~ IV 期痔病的临床效果 [J]. 浙江创伤外科, 2021, 26 (3): 537-538.
- [94] 龚建安, 吴跃锐. PPH 术联合多普勒引导下痔动脉结扎术对预防内痔术中术后出血的效果观察 [J]. 中国初级卫生保健, 2018, 32 (4): 107-109.
- [95] 金育雯. 超声多普勒引导下痔动脉微创结扎术与吻合器痔切除术治疗 III 度痔患者的疗效比较 [J]. 医学临床研究, 2017, 34 (2): 345-347. DOI: 10.3969/j.issn.1671-7171.2017.02.044.
- [96] 刘斌, 刘峰林, 徐茜. 多普勒超声引导下痔动脉结扎术治疗混合痔 50 例疗效观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40 (6): 21-22.
- [97] 秦澎湃, 黄斌, 王业皇, 等. 多普勒超声引导下痔动脉结扎术治疗痔病的评价 [J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23 (19): 2107-2109.
- [98] 戎放, 叶能红, 陈旭东, 等. 多普勒引导下改良痔动脉结扎术治疗痔病的临床研究 [J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36 (10): 13-15.
- [99] 孙优昶, 戎放, 缪萍. 超声引导痔动脉结扎术在痔手术中的应用 [J]. 现代实用医学, 2016, 28 (12): 1647-1648.
- [100] 王林泉, 赵旭东, 张允东, 等. 痔上黏膜环切吻合术与超声引导下痔动脉结扎术治疗混合痔的效果比较 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (15): 48-50. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.202015019.
- [101] 王霄鹏. 多普勒超声引导下痔动脉结扎术治疗混合痔研究 [J]. 中国医疗器械信息, 2016, 22 (24): 101-103. DOI: 10.15971/j.cnki.cmdi.2016.24.050.
- [102] 杨建新. 超声多普勒引导下痔动脉结扎术治疗肝硬化并发痔出血的临床疗效分析 [J]. 现代医用影像学, 2019, 28 (3): 630-631.
- [103] 于淑君. 观察多普勒引导下结扎痔动脉治疗内痔的临床效果 [J]. 健康必读, 2020 (23): 52-53.
- [104] 于伟刚, 王志刚. 超声多普勒引导下痔动脉结扎术治疗痔病的临床疗效观察 [J]. 贵州医药, 2018, 42 (9): 1073-1074.
- [105] 袁和学, 曾宪东, 殷志韬. 超声多普勒引导下痔动脉结扎联合自动痔疮套扎术治疗痔病 [J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25 (28): 102-105.
- [106] 袁泉良, 张庆东. 超声多普勒痔动脉结扎术与吻合器上黏膜环切术治疗 III 度混合痔的临床疗效比较 [J]. 安徽医学, 2018, 39 (12): 1475-1478.
- [107] 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. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2023.06.009.
- [108] 曹莫寒, 王志民, 武国亮, 等. 射频消融术治疗出血性痔的临床研究 [J]. 中国肛肠病杂志, 2023, 43 (8): 30-32.
- [109] 郭述娟, 王艳芝, 刘永玲, 等. “互联网+”联合多维度护理模式在混合痔患者围手术期护理中的应用 [J]. 中日友好医院学报, 2024, 38 (6): 376-377.
- [110] LOHSIRIWAT V, JITMUNGNGAN R. Strategies to reduce post-hemorrhoidectomy pain: a systematic review [J]. Medicina, 2022, 58 (3): 418. DOI: 10.3390/medicina58030418.
- [111] 李相云. 痔病术后疼痛机制的研究进展 [J]. 大医生, 2024, 9 (18): 122-125.
- [112] 孙松朋, 曹俏蓉, 张志云, 等. 基于 BSFS 探讨大便性状对痔病患者的影响 [J]. 结直肠肛门外科, 2024, 30 (6): 699-706. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2024.06.009.
- [113] 余汉辉, 梅锋, 俞金龙. PPH 术联合外痔切除一期缝合辅助痔疮洗液熏蒸治疗混合痔的效果评价 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (34): 3822-3825.

(收稿日期: 2025-04-20; 修回日期: 2025-06-08)

(本文编辑: 贾萌萌)