



团 体 标 准

T/CACM 1658—2025

痔中西医结合诊疗指南

Guidelines for the diagnosis and treatment of hemorrhoid by combining traditional
Chinese and western medicine

2025 - 05 - 26 发布

2025 - 06 - 16 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断	2
4.1 疾病诊断	2
4.2 好发人群	2
4.3 临床表现	2
4.4 鉴别诊断	3
4.5 辅助检查	3
5 中医证候	3
5.1 内痔	3
5.2 外痔	4
5.3 混合痔	5
6 中西医结合治疗方案	5
6.1 中西医结合诊疗原则	5
6.2 非手术治疗	5
6.3 手术治疗	9
7 痔病术后常见并发症	16
7.1 概述	17
7.2 出血	17
7.3 疼痛	17
7.4 小便困难	17
7.5 发热	18
7.6 水肿	18
7.7 便秘	18
7.8 其它少见并发症	18
8 痔病术后随访期管理	19
附录 A（资料性） 本文件编制方法	20
附录 B（资料性） GRADE 证据概要表	24
附录 C（资料性） 痔病中西医结合诊疗流程图	26
参考文献	27

前 言

本文件按照 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》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中日友好医院。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：中日友好医院、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、深圳市中医肛肠医院、四川省第二中医医院、成都肛肠专科医院、上海市中医院、福建中医药大学附属人民医院、湖北省中医院、中国中医科学院广安门医院、北京中医药大学第三附属医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北京友谊医院、江苏省中医院、重庆市中医院、内蒙古包钢集团第三职工医院、南方医科大学南方医院、宁夏银川市中医院、山东威海市中医院、河南省直第三人民医院、山东中医药大学附属医院、烟台市烟台山医院、安徽中医药大学第一附属医院、广西中医药大学第一附属医院、广州中医药大学第一附属医院、北京医院、河北省沧州中西医结合医院、北京世纪坛医院、空军特色医学中心、青岛大学附属医院。

本文件主要起草人：郑丽华、刘仍海、张书信、林爱珍、石荣。

本文件专家组成员（排名不分先后）：王晏美、贾小强、梁靖华、毛红、代红雨、郭修田、曲牟文、李京向、孙松朋、薛雾松、刘薇、李恒爽、李昕、谭嗣伟、钱海华、徐月、徐云峰、李胜龙、杨云、张丹、段宏岩、李峨、韩冰、李文、史学文、林林、毛细云、程伟才、孙平良、孙锋、史仁杰、杨志忠、吴国举、单隽、王振彪、杨向东、罗超兰、袁巧、冯六泉、孙文超、赵刚、智从从、石玉迎

本文件秘书组组长：智从从。

本文件秘书组成员：程一乘、侯文肖、刘殿龙、李雪、王孝龙、李可怡、刘宁远、原野、贾兰斯、余求祥。

引 言

0.1 背景信息

痔(hemorrhoid)是临床上最常见的肛肠疾病之一,尽管国内外公布的患病率估计各不相同,但痔疮病是国内外最常见的疾病之一,美国每年有超过 220 万例因痔疮就诊的患者。我国中医肛肠病组织调研的痔病普查结果显示,国内肛肠疾病总的发病率为 59.1%,其中痔的发病率最高(51.56%),占有肛肠疾病的 87.25%。其中,环状混合痔的术后并发症多、患者治疗不满意等多方面问题,成为临床医生尤其是基层医生治疗痔病的难题。近年中西医结合诊治痔病开展了大量临床实践和研究,但缺乏相应指南和标准。现有“痔病诊疗指南或共识”相对简单陈旧,缺乏不同中西医外治法的总结归纳,缺少术后常见并发症的处理指导,目前循证依据不足。痔中西医结合诊疗指南,将在系统评价现有研究成果基础上,融合中西医诊疗新知识、新进展,制定本病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,对提高疗效和改善患者生活质量具有十分重要作用。

0.2 确定并构建临床问题

本文件工作组通过对痔病国内外最新中、西医指南与文献研究现状进行分析,结合专家访谈与临床调研结果,围绕本病中西医结合诊治的重点环节,按照 PICO 原则形成主要临床问题。通过德尔菲法专家调查评价临床问题和结局指标的重要性,确定最终临床问题和结局指标清单。本指南兼顾循证医学证据和专家临床经验,有循证医学证据支撑的临床问题采用 GRADE 分级系统对证据质量进行分级,对于证据不充足的临床问题以达成专家共识进行推荐。前期工作基础:成立项目组,完成专家访谈、临床调研并确定临床问题,开展文献检索、筛选、综合,证据分级,形成推荐意见,撰写完成指南草案并开展自评。(见附录 A、附录 B)

本文件制订初期通过前期专家深度访谈以及专家共识会议的形式结合临床调研(通过文献学习、临床经验、专家意见等形成调研问卷)构建了以下主要临床问题:

术前评估

问题 1 现有的指检、肛门镜、直乙镜、结肠镜等检查手段的临床意义?(痔病定义、诊断、术前评估包括相关病史、手术史、专科体格检查、了解危险因素等)

问题 2 分类方法及临床意义?

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。

问题 3 生活方式干预、药物口服及疗效评估?

问题 4 膏剂、栓剂、洗剂等疗效评估?

问题 5 痔疮的国内外治疗方案有哪些?

问题 6 痔外剥内痔手术及疗效评估?

问题 7 痔注射疗法及疗效评估？

问题 8 痔套扎术（RPH）及疗效评估？

问题 9 痔射频消融术及疗效评估？

问题 10 铜痔离子电化学疗法及疗效评估？

问题 11 多普勒引导下痔动脉结扎术及疗效评估？

问题 12 PPH 手术及疗效评估？

问题 13 特殊类型痔的治疗（血液病、孕期、老年、小儿等）？

痔围手术期管理

问题 14 痔术后并发症的防治？

问题 15 痔简易换药法在患者康复时间和疼痛方面优势评估？

问题 16 术后并发症、管理与随访？

0.3 说明资金资助及利益冲突情况

本文件资金资助来源：中央高水平医院临床科研业务费资助（No. 2024-NHLHCRF-JBGS-ZN-05）。

本文件项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本诊疗方案制订过程中“无利益冲突”为此不会成为本文件制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本文件制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

痔中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件界定了痔病的定义，提供了痔病诊断标准、中西医结合治疗方案、监测和随访方案等指导意见。

本文件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 and 健康管理相关专业人员使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

中国痔病诊疗指南（2020）

3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021界定的下列术语和定义适用于本文件。

3.1

内痔 internal hemorrhoid

传统定义认为，内痔是指肛门齿状线以上，直肠末端黏膜下的痔内静脉丛扩大曲张和充血而形成的柔软静脉团；

现代定义认为，痔是肛垫的病理性肥大并向下移位所致。其主要症状为便血、脱出和肛门不适感。

3.2

外痔 external hemorrhoid

发生于齿状线以下的肛管或肛缘皮肤隆起。其主要症状为肛周隆起、坠胀、疼痛及异物感。

注：根据病理类型可分为以下几类：

- a) 静脉曲张性外痔：由痔外静脉丛迂曲扩张形成的隆起；
- b) 血栓性外痔：由痔外静脉丛破裂出血或血栓形成引起的隆起；
- c) 结缔组织性外痔：炎症刺激导致肛缘皮肤结缔组织增生形成的隆起（如哨兵痔、赘皮外痔等）。

3.3

混合痔 mixed hemorrhoid

同一方位的内痔与外痔静脉丛曲张并相互贯通吻合，导致括约肌间沟消失，使内痔部分和外痔部分形成一整体者。其表现兼有内痔和外痔的双重症状。

[来源：GB/T 16751.1—2023, 10.3.1.3]

4 诊断

4.1 疾病诊断

根据痔病相关诊疗指南制定及相关临床症状、体征、专科检查及辅助检查等明确诊断。

4.2 好发人群

以 20 岁以上成年人为好发人群，儿童发病率较低。

4.3 临床表现

4.3.1 症状

内痔早期可没有症状，有症状的内痔主要的症状为出血和脱出。便血的特点是间断性、无痛性，便鲜血，出血的方式多样化，表现为排便时手纸带血、滴血或喷射状出血。尽管痔疮最常见的症状是便血，但其他结肠疾病，如结直肠癌、炎症性肠病（IBD）、缺血性肠病、憩室病和血管发育不良等，也可能出现便血。虽然大多数便血的患者并不会患有结直肠癌，但痔疮引起的便血往往是延误和掩盖结直肠癌的因素。因此，获取详尽的个人及家族病史，并进行全面的体格检查，有助于识别需要进一步评估的高风险患者。如有之前的内窥镜检查记录，应予以复查。若未发现明显的便血原因，或在初次评估时存在相关腹部症状，如腹痛、腹胀、新发便秘或进行性便秘、体重减轻等症状，则建议进行结肠镜检查。对于成功治疗痔疮后仍持续出现便血的患者，应进一步调查以确定出血原因。

便后肛内肿物脱出是痔病的另一重要症状，根据脱出的情况，临床上分为四期，一期内痔没有脱出，症状以便血为主；二期内痔痔核增大，大便时痔核脱出，便后能自行回纳，便血或多或少；三期内痔痔核进一步增大，不能自行回纳，须用手辅助回纳；四期内痔脱出后用手及工具辅助也不能回纳，可伴有肛管及部分直肠粘膜脱出，常因充血、水肿及局部血栓形成，导致内痔急性发作。嵌顿痔是指内痔脱出不能回纳，同时继发血栓、感染等因素，出现肿痛、下坠等一系列症状，与四期内痔不同，应以区别。可伴有肛门潮湿，瘙痒，肛门坠胀等。

外痔表现为肛门坠胀、疼痛、有异物感。

混合痔临床表现具有内痔、外痔双重症状。

4.3.2 体征

内痔：肛内指检可触及柔软、表面光滑、无压痛的黏膜隆起，肛门镜下见齿线上黏膜隆起，色紫暗或深红，表面可有糜烂或出血点。

外痔：静脉曲张性外痔可见皮肤隆起，质地柔软；炎性外痔可见皮肤隆起，红肿光亮；血栓外痔好发于肛门截石位的 3 点或 9 点位，局部隆起，质地较韧，色泽紫暗。赘皮外痔可见肛缘皮肤隆起，无弹性。

4.4 鉴别诊断

直肠息肉痔：与本病的共同点是肿物脱出及便血。但本病多见于儿童，脱出物为肉红色，一般为单个，有长蒂，头圆，表面光滑，质地较痔核硬，可活动，容易出血，以便血、滴血为主，多无射血现象。

肛乳头肥大：痔与本病的共同点是肿物脱出。但本病脱出物呈锥形或鼓槌状，灰白色，表面为上皮组织，质地较硬，一般无便血，常有异物感或肛门坠胀，过度肥大者便后可脱出肛门外。

肛裂：痔与本病的共同点是便血。但本病是排便时出血伴肛门疼痛，且疼痛呈周期性，便秘时尤甚；局部检查可见肛管部位有明显裂口，多在6或12点处。

直肠脱垂：与本病的共同点是肛内肿物脱出，质地柔软。但本病多见于气血不足者及经产妇，脱出的组织为肠黏膜，全层脱垂者可呈同心圆状皱襞，色淡红，可伴有肛门松弛，部分患者脱出肠黏膜还纳后，可呈洞状肛门。而痔的脱出物为痔核组织，呈明显的粒装，边界明显，严重者脱出物可呈花瓣状，色暗红。

直肠癌：痔与本病的共同点是便血。但本病是粪便中混有黏液血便，多为暗红或暗紫色，气味腐臭，大便形态变扁或变细，便次增多，里急后重；指检可触及菜花状块物，或凹凸不平的溃疡，易出血，质地坚硬，较为固定；细胞学检查或病理切片可以确诊。

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，应建议患者完善结肠镜检查。（共识建议，共识度94.12%）

注：参考《肛肠病学（第2版）》及《现代中医肛肠病学》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，临床中三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。

4.5 辅助检查

痔病的辅助检查的目的是明确痔病的诊断，排除是否合并其他严重的消化道疾病，如炎症性肠病及直肠恶性肿瘤等，同时了解全身一般情况，排除手术禁忌症等。

推荐意见2：所有肛肠科就诊患者均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。（共识建议，共识度97.06%）

注：参考《痔病》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年版）中对痔的鉴别诊断描述为“即使有痔存在，也应注意结直肠癌、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症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（粪便隐血试验或/和结肠镜检查）。

5 中医证候

5.1 内痔

5.1.1 风伤肠络证

主症：便血色鲜、量少，滴血或喷射状，伴有瘙痒。

兼症：大便时有灼热感，肛门不适或轻微脱出。

舌象：舌质红，苔薄白或薄黄。

脉象：脉浮数或弦。

治法：清热凉血，祛风止血。

代表方药：凉血地黄汤加减。

5.1.2 湿热下注证

主症：便血鲜红，量较多，痔核脱出，灼热刺痛感明显。

兼症：肛门潮湿、异味重，伴口苦、小便短赤。

舌象：舌红，苔黄腻。

脉象：脉滑数或弦数。

治法：清热利湿，凉血止血。

代表方药：脏连丸加减。

5.1.3 气滞血瘀证

主症：痔核脱出，便血暗红，或有血块。

兼症：肛门坠胀、刺痛，肿物按之不移，疼痛固定。

舌象：舌质暗红或有瘀点，苔白或黄。

脉象：脉弦涩。

治法：活血化瘀，理气止痛。

代表方药：止痛如神汤加减。

5.1.4 脾虚气陷证

主症：痔核反复脱出，便血色淡，久治不愈。

兼症：神疲乏力、少气懒言、面色萎黄。

舌象：舌淡红，边有齿痕，苔薄白。

脉象：脉缓弱。

治法：健脾益气，升阳举陷。

代表方药：补中益气汤加减。

5.2 外痔

5.2.1 湿热蕴结证

主症：肛缘肿胀，灼热刺痛，红肿明显。

兼症：局部潮湿渗液，小便短赤。

舌象：舌红，苔黄腻。

脉象：脉数。

治法：清热利湿，解毒消肿。

代表方药：草薢化毒汤加减。

5.2.2 血热瘀阻证

主症：肛缘肿物突起，颜色紫暗，疼痛剧烈。

兼症：便秘、口干、心烦。

舌象：舌紫暗，苔薄黄。

脉象：脉涩。

治法：凉血止血，活血化瘀。

代表方药：凉血地黄汤合活血散瘀汤。

5.2.3 气血瘀滞证

主症：肛缘肿物隆起，质地坚硬，久不消散。

兼症：便血、坠胀，时轻时重。

舌象：舌暗，苔薄白。

脉象：脉细涩。

治法：益气活血，软坚散结。

代表方药：当归补血汤合少腹逐瘀汤加减。

5.2.4 湿热下注证

同内痔“湿热下注证”标准。

5.3 混合痔

辨证依据：参照内痔与外痔证型综合辨证，症状混合时以主症为主、兼顾次证分型，治疗以主方为基、兼顾配伍。

6 中西医结合治疗方案

6.1 中西医结合诊疗原则

痔病具有发病率高、临床症状显著（如出血、疼痛、脱垂等）的特点，且患者常存在手术耐受性顾虑及术后并发症风险。因此，痔病治疗需遵循以下核心原则：

- a) 优先缓解症状：以减轻疼痛、控制出血及消除体征为首要目标；
- b) 功能保护导向：最大限度保留肛门正常生理功能；
- c) 并发症防控：通过术式优化及围手术期管理降低并发症发生率；
- d) 个体化决策：根据患者年龄、病情分期、合并症及功能需求，综合评估非手术与手术治疗的适应症，权衡风险与获益，制定最优诊疗方案。

6.2 非手术治疗

6.2.1 一般治疗

改善饮食、保持大便通畅、注意肛门周围清洁和坐浴等对各类痔的治疗都是有效的。便秘以及排

便习惯的异常，例如长期处于久坐不动或频繁如厕都是加重痔病的重要因素，因此改善便秘，避免久蹲久坐，同时限制如厕时间是改善痔病症状的重要手段。

推荐意见 3：饮食改变及排便习惯改变是痔病的一线治疗。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。（共识建议，共识度 100%）

注：参考国内外学者对痔疮病因认识，推荐认为其是遗传、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疮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。

6.2.2 药物治疗

6.2.2.1 遵循原则

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，并不能令痔核消失。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副作用降到最小。证据质量为中（B），推荐等级为强推荐。

证据概要

- ① 从痔诊治的相关文献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”为检索词进行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，相关文献 RCT 研究，复方荆芥熏洗剂可显著提高临床有效率、降低痔疮疼痛水平等（ $P < 0.00001$ ）。
- ③ 文献研究，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。

6.2.2.2 西药治疗

6.2.2.2.1 静脉活性药物

静脉活性药物是一类由植物提取物或合成化合物组成的异质类药物，可用于治疗急性和慢性痔，其确切的作用机制尚不清楚，但已证明可改善静脉张力，稳定毛细血管通透性和增加淋巴引流。如迈之灵片等。

6.2.2.2.2 肛垫黏膜保护剂

肛垫黏膜保护剂是一类用于保护肛垫组织、改善肛门黏膜屏障功能的药物。它们主要通过覆盖、润滑、修复或促进局部愈合，局部形成保护膜减少摩擦、刺激，缓解局部组织损伤。缓解肛门直肠区域的不适症状，如便血、灼烧感、疼痛、肛周瘙痒等。这些药物通常具有抗炎、止痛、抗感染、促进黏膜再生和保护局部组织的作用。

6.2.2.2.3 对症治疗的药物

如消炎、抗菌、止血和镇痛药物，常用的有吡哌美辛栓等。

6.2.2.3 中药治疗

6.2.2.3.1 中医辨证治疗

6.2.2.3.1.1 内痔辨证治疗

内痔辨证治疗如下：

a) 风伤肠络证

大便带血、滴血或喷射状出血，血色鲜红，或有肛门瘙痒等；舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

治法：清热凉血祛风。

方药：凉血地黄汤加减。常用生地黄、当归尾、槐角、地榆、黄芩、黄连、升麻、荆芥、赤芍、枳壳、天花粉、生甘草。

加减：热盛者，大便干结，咽干口臭，身热汗出，可加生大黄、黄柏、栀子等；风盛者，肛门瘙痒，恶寒自汗，可加防风、秦艽、苍术等；出血明显者，可加三七粉、白芨等止血药；大便秘结者加槟榔、大黄等。

b) 湿热下注证

便血色鲜，量较多，肛内肿物外脱，可自行回缩，肛门灼热；舌质红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿止血。

方药：脏连丸加减：黄连，黄芩，地黄，赤芍，当归，槐角，槐花，荆芥穗，地榆炭等。

加减：湿盛者，见肛门潮湿，分泌物多，下坠明显，加苦参、车前草、萆薢等；热盛者，见肛门灼热尤甚，局部肿痛明显，重者恶寒发热。可加龙胆草、栀子、黄芩、柴胡等；脱出明显者，可加补气升提之药，如柴胡、升麻、黄芪、白术等。

c) 气滞血瘀证

肛内肿物脱出，甚或嵌顿，肛管紧缩，坠胀疼痛，甚则肛缘水肿、血栓形成，触痛明显；舌质红或暗红，苔白或黄，脉弦细涩。

治法：清热利湿，祛风活血。

方药：止痛如神汤加减。常用秦艽、桃仁、皂角子、苍术、防风、黄柏、当归尾、泽泻、槟榔、熟大黄。肿物紫暗明显者，加红花、牡丹皮；肿物淡红光亮者，加龙胆草、木通等。

d) 脾虚气陷证

肛门松弛，痔核脱出须手法复位，便血色鲜或淡；面白少华，神疲乏力，少气懒言，纳少便溏；舌质淡，边有齿痕，苔薄白，脉弱。

治法：补中益气。

方药：补中益气汤加减。常用黄芪、人参、白术、当归、炙甘草、升麻、柴胡、陈皮。大便稍干者加肉苁蓉、火麻仁；贫血较甚时合四物汤。常用中成药有槐角丸、地榆丸、脏连丸、补中益气丸等，临床上根据辨证选择应用。

6.2.2.3.1.2 外痔辨证治疗

外痔辨证治疗如下：

a) 湿热下注证

便后肛缘肿物隆起不缩小，坠胀明显，甚则灼热疼痛；便秘渡赤。

治法：清热利湿，活血散瘀。

代表方：萆薢化毒汤合活血散瘀汤加减。

加减法：大便秘结者，加润肠汤。

b) 血热瘀结证

肛缘肿物隆起，其色紫黯，疼痛剧烈难忍，肛门坠胀；伴口渴便图：舌紫，苔薄黄，脉弦涩。

治法：清热凉血，散瘀消肿。

代表方：凉血地黄汤合活血散瘀汤加减。

加减法：气滞甚者，加枳实、厚朴行气通便；便秘甚者，加生大黄、麻仁、枳实；痛者，加羌活、郁李仁。

6.2.2.3.1.3 混合痔辨证治疗

参考内痔。

6.2.2.3.2 中成药

常用中成药及其简要评价如下：

地榆槐角丸：清热止血，适用于风伤肠络及湿热下注型内痔，每日2次，每次6g；

补中益气丸：健脾升提，适用于脾虚气陷型内痔，早晚各1丸；

脏连丸：清热利湿止血，用于湿热下注及血热瘀阻型痔，3次/日，每次8丸；

槐角丸：凉血化瘀，适用于气滞血瘀型痔，2次/日，每次5g。

（上述用量及主治根据《中国痔病诊疗指南2020》及多项RCT汇总）

6.2.2.3.3 中医外治

6.2.2.3.3.1 熏洗法

熏洗法最早见于《五十二病方》，从古至今一直应用于临床，在痔的治疗方面具有重要的作用。熏洗法又称坐浴法，是指将药物水煎或用开水浸泡后，趁热熏蒸，待温后，用药液直接洗涤患处的一种治疗方法，在熏洗过程中，药物可以直接作用于病变局部，也可以通过皮肤或创面的吸收而发挥药物的疗效，同时，由于温热蒸汽的作用，可使局部气血经络得以温通，促进局部的血液循环，改善和恢复局部的功能，保持局部清洁、促进伤口愈合。可以根据全身或局部辨证确定所用方药，

常用的熏洗方药分类：

a) 清热利湿

如祛毒汤、苦参汤和洗痔汤等。

b) 清肿止痛

如洗痔枳壳汤。

c) 行气活血

如活血散瘀汤。

d) 燥湿收敛

如五倍子汤，成药如复方荆芥熏洗剂等药，具有消肿、止痛、促进伤口愈合的功效。

6.2.2.3.3.2 敷药法

敷药法是直接将药物外敷于局部的一种常用的外治方法，临床上包括了围箍法、敷贴法、敷涂法和搓涂法等。常用的药物有肛泰软膏、马应龙麝香痔疮膏及肤痔清软膏等。

6.2.2.3.3 塞药法

所谓塞药法一般是指栓剂的运用，栓剂主要是由药物和赋形剂两部分组成，药物可以是中药也可以是西药，因而，栓剂具有清热解毒、清热利湿、行气活血、消肿止痛、收敛止血，以及消炎、镇痛、抗菌、止血的作用。目前临床上使用的栓剂很多，常见的有肛泰栓、普济痔疮栓等，有学者统计收集国内外栓剂有 40 多种运用于治疗本病。

虽然栓剂的种类较多，但其对痔的治疗作用主要是通过以下三个方面而发挥疗效的。第一，吸收作用。栓剂进入肠腔，由于体温的作用而逐渐溶化，并通过药物的弥散和浓度差的作用，被直肠黏膜缓慢吸收。第二，局部作用。栓剂置于肠内溶化后，直接覆盖于痔核表面，而起到药物的治疗作用。第三，基质作用。一般栓剂的基质为油溶性的，除有缓和药物的刺激作用外，也可以起到润肠通便的作用。

栓剂的使用方法比较简单，用手或药物本身带有的推进装置将栓剂缓慢塞入肛门内即可，使用前建议先将肛门局部清洗干净或用药物坐浴后再用，使用时可在肛缘或栓剂的顶部少量涂抹药膏，辅助润滑后纳肛，更为方便有效。

栓剂可以用于内痔的每一期，均有确切的疗效，临床应用时，除了注意药物本身的作用外，尚应要求栓剂的可溶性，表面的光滑度，局部有无刺激作用等。

6.3 手术治疗

6.3.1 痔切除术

传统的痔切除方法，采用的主要是外剥内扎术。鉴于对手术创面处理的不同，存在开放式和闭合式两种手术类型。其最具代表性的术式为 Milligan-Morgan 手术（创面开放式）和 Ferguson 手术（创面闭合式）。目前国内外开展的各种痔切除术大多基于此术式的演变。

6.3.2 痔结扎术

结扎疗法是中医传统的外治法，通过结扎线阻断痔核的气血流通，使痔核坏死脱落，遗留创面修复自愈。操作简单，远期疗效比较理想，是目前治疗内痔最广泛使用的方法之一。临床上常用的有单纯结扎法、贯穿结扎法等。

推荐意见 5：外剥内扎术在治疗痔疮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。证据质量为中（B），推荐等级为强推荐。

证据概要

① 治愈率及临床总有效率

根据 13 项 RCT 研究，评估外剥内扎术的治愈率及总有效率：

治愈率：治疗组的治愈率显著高于对照组（传统术式）[RR = 1.1194 (95% CI: 1.0371, 1.2082), P = 0.0038]，证据质量评估为中（B）。

临床总有效率：15 项 RCT 显示，治疗组的临床总有效率显著高于对照组[RR = 1.0639 (95% CI:

1.0202, 1.1094), $P = 0.0038$], 证据质量评估为中 (B)。

② 复发率

14 项 RCT 研究评估了治疗后的复发情况, 结果显示: 治疗组的复发率显著低于对照组 [$RD = -0.0419$ (95% CI: $-0.0660, -0.0179$), $P = 0.0006$], 证据质量评估为中 (B)。

③ 并发症发生率

15 项 RCT 研究表明, 治疗组并发症发生率低于对照组: [$RR = 0.4982$ (95% CI: $0.3417, 0.7265$), $P = 0.0003$], 证据质量评估为中 (B)。

术后恢复情况

① 术后疼痛

9 项 RCT 研究评估了术后疼痛情况, 结果显示: 治疗组术后疼痛评分较对照组无显著差异 [$MD = -0.2391$ (95% CI: $-1.3441, 0.8659$), $P = 0.6715$]。

② 术后愈合时间

11 项 RCT 表明: 外剥内扎术后愈合时间显著短于对照组 [$MD = -3.6796$ (95% CI: $-7.3282, -0.0309$), $P = 0.0481$]。

③ 手术时间

16 项 RCT 显示: 外剥内扎术手术时间较对照组无显著差异 [$MD = -4.0284$ (95% CI: $-9.9294, 1.8726$), $P = 0.1809$]。

6.3.3 痔注射术

痔注射疗法是一种历史悠久且广泛应用的痔疮治疗方法, 具体是指直接将药物注射在痔核上的一种治疗方法, 其作用机制是造成局部组织纤维化, 从而减少血供、缩小痔核, 并实现痔疮症状的改善和治愈。注射疗法具有操作简单、痛苦小、费用低等优点, 特别适用于 I 期、II 期和部分 III 期内痔患者。临床上根据所用药物的不同分为硬化萎缩法和坏死枯脱法。现临床上以硬化萎缩法常见。

痔注射术又称硬化剂注射法, 是指将硬化剂注射于痔核, 使组织产生无菌性炎症反应, 然后逐渐纤维化。国内主要有消痔灵注射液等。禁忌症为: 外痔、有并发症的内痔 (如血栓、感染和溃疡等) 以及合并较为严重的内科疾病。

由于所用的药物不尽相同, 因此注射方法有所区别, 但其注射的基本操作要点要注意以下几个方面。

- a) 选择适当的体位, 一般常以左侧卧位较多, 以患者舒适, 术者操作方便为主。常规的肛周皮肤消毒, 铺治疗巾。
- b) 选择适当的麻醉方式, 一般可采用局部麻醉即可。麻醉的获益点为既可以减轻患者的痛苦, 也可以使痔核显露充分, 方便术者操作。特殊情况下可以不进行麻醉。
- c) 麻醉后, 应仔细消毒肛管及直肠下段黏膜, 首先以肛门镜检查清楚痔核的表现, 如痔核的数量、大小、形状、部位等情况, 以及痔核周围的表现, 做到心中有数, 然后再行注射。
- d) 注射时一般在喇叭口肛门镜下操作, 根据具体情况, 适当调整肛门镜的方向或反复进镜, 一定要暴露清楚痔核, 在肛门镜下进行操作注射。
- e) 注射所用的针头要粗细适中, 过粗容易引起出血, 过细注射较为困难, 一般用 5 号针头为好, 注射器以 5 mL 大小为好, 过大易影响视野, 也可以用特制的内痔注射工具。

- f) 注射的顺序是先注射较小痔核，然后注射较大痔核，按从小到大的顺序。
- g) 注射的部位应以痔核中心为主，根据痔核的大小适当选择进针的部位，同时有多数方法要注射少量的药物到痔核的上方，即所谓的痔动脉区，以起到阻断血流的作用。注射的深浅要合适，一般以痔核的黏膜下层为主，以注射齿线上方为主。
- h) 药物的用量要根据所注射的药物来决定，但原则上应使痔核均匀肿胀，充满整个痔体，痔核表面色泽发生改变。注意注射药物时要回抽血液，以防药液入血，引起毒性反应。
- i) 注射时一定要注意无菌操作。
- j) 注射后肛门内放置痔疮栓或油纱条。外盖纱布固定。

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法。对于 I~II 期伴有出血性痔病，建议痔注射术，质量为中 (B)，推荐等级为强推荐；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，质量为中 (B)，推荐等级为弱推荐。

证据概要

① 治愈率及临床总有效率

根据 6 项 RCT 研究，对痔注射疗法的疗效进行评估：治愈率：治疗组（注射疗法）治愈率略高于对照组 [RR = 1.0423 (95% CI: 0.9730, 1.1166), P = 0.2512]，但差异无统计学意义，证据质量评估为中 (B)。

临床总有效率：7 项 RCT 显示，治疗组的临床总有效率显著高于对照组 [RR = 1.0849 (95% CI: 1.0449, 1.1268), P < 0.0001]，证据质量评估为中 (B)。

② 复发率

2 项 RCT 研究评估了复发情况，结果显示：治疗组复发率略低于对照组 [RR = 0.8113 (95% CI: 0.6594, 0.9975), P = 0.0467]，证据质量评估为中 (B)。

③ 并发症发生率

4 项 RCT 显示，注射疗法的并发症发生率低于对照组：[RR = 0.5342 (95% CI: 0.3797, 0.7517), P = 0.0003]，证据质量评估为中 (B)。

术后恢复情况

① 术后疼痛

3 项 RCT 研究评估了术后疼痛情况，结果显示：痔注射疗法患者术后疼痛显著低于对照组 [MD = -2.0418 (95% CI: -2.8402, -1.2435), P < 0.0001]，证据质量评估为中 (B)。

② 术后愈合时间

3 项 RCT 研究显示：注射疗法患者术后愈合时间显著短于对照组 [MD = -6.0325 (95% CI: -9.0703, -2.9947), P = 0.0001]。

③ 手术时间

7 项 RCT 研究显示：注射疗法所需时间显著短于对照组 [MD = -12.3258 (95% CI: -16.7901, -7.8615), P < 0.0001]。

6.3.4 痔套扎术 (RPH)

痔套扎术是应用橡胶圈对内痔进行弹性结扎的一种方法，其原理是通过器械将小型胶圈套扎在内

痔的基底部，通常位于齿状线上方的不敏感区域，利用胶圈持续的弹性束扎力来阻断内痔的血液供给，造成组织缺血坏死、粘连和残存黏膜的脱落，坏死的组织通常会在术后 7 天~10 天内脱落。

这种疗法是在结扎法的基础上发展而来的，具有操作简单，病人痛苦小，疗效确切可靠的特点，适用于各期内痔及混合痔的内痔部分。套扎的器械近些年有很大的发展，由于胶圈容易老化，现在临床应用多为弹力线套扎器。

推荐意见 7：痔套扎术（RPH）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。综合评估证据质量为中（B），推荐等级为强推荐。

证据概要

① 治愈率及临床总有效率

根据收集的相关 RCT 数据，共检索到 192 项 RCT 结果显示，评估痔套扎术治疗痔疮的疗效，对照组为常规手术式治疗，治疗组为痔套扎术（RPH）。主要结果如下：治愈率：192 项 RCT 中，共纳入数万例患者，治疗组治愈率显著高于对照组[RR = 1.1171 (95% CI: 1.0965, 1.1381), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

临床总有效率：207 项 RCT 显示，治疗组的临床总有效率显著高于对照组[RR = 1.0966 (95% CI: 1.0833, 1.1100), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

② 复发率

29 项 RCT 评估了治疗后的复发情况，共纳入数千例患者。结果显示：治疗组复发率显著低于对照组[RD = -0.0545 (95% CI: -0.0844, -0.0247), $P = 0.0003$]，证据质量评估为中（B）。

③ 并发症发生率

221 项 RCT 显示，治疗组的并发症发生率显著低于对照组[RR = 0.3622 (95% CI: 0.3283, 0.3997), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

术后恢复情况

① 术后疼痛

136 项 RCT 评估了患者术后疼痛情况，结果表明：痔套扎术患者术后疼痛显著低于对照组[MD = -1.5051 (95% CI: -1.7217, -1.2885), $P < 0.0001$]。

② 术后愈合时间

197 项 RCT 显示：痔套扎术患者的术后愈合时间显著短于对照组[MD = -5.0541 (95% CI: -5.7021, -4.4060), $P < 0.0001$]。

③ 肛门功能

10 项 RCT 显示，痔套扎术对肛门功能的影响较小，治疗组较对照组肛门功能评分显著更优[MD = -1.6765 (95% CI: -2.8977, -0.4553), $P = 0.0071$]。

④ 手术时间

211 项 RCT 结果表明，痔套扎术所需时间较短[MD = -8.1070 (95% CI: -8.9076, -7.3064), $P < 0.0001$]。

6.3.5 痔上黏膜环切除钉合术（PPH）

用吻合器经肛门环形切除部分直肠黏膜和黏膜下组织，适用于环状脱垂的 III、IV 度内痔和反复

出血的 II 度内痔，术后应注意防治出血坠胀肛门狭窄感染等并发症。

推荐意见 8：痔上黏膜环切除钉合术（PPH）作为一种微创痔疮治疗方式，在临床总有效率、术后疼痛及术后恢复方面表现出一定优势，缩短术后愈合时间和改善患者术后体验，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。综合评估证据质量为中（B），推荐等级为弱推荐。

证据概要

① 治愈率及临床总有效率

根据 200 项 RCT 研究，对痔上黏膜环切除钉合术（PPH）的疗效进行评估，结果如下：治疗组（PPH）的治愈率显著高于对照组（传统手术术式）[RR = 1.3508 (95% CI: 1.3082, 1.3949), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

临床总有效率：273 项 RCT 显示，治疗组的临床总有效率显著高于对照组[RR = 1.1499 (95% CI: 1.1349, 1.1651), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

② 复发率

58 项 RCT 研究评估了治疗后的复发率，结果显示：治疗组复发率显著低于对照组[RD = -0.0877 (95% CI: -0.1122, -0.0632), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

③ 并发症发生率

270 项 RCT 显示：PPH 术后并发症发生率显著低于对照组[RR = 0.3399 (95% CI: 0.3124, 0.3698), $P < 0.0001$]，证据质量评估为中（B）。

术后恢复情况

① 术后疼痛

197 项 RCT 评估了患者术后疼痛情况，结果表明：PPH 术后疼痛显著低于对照组[MD = -1.8497 (95% CI: -2.0923, -1.6070), $P < 0.0001$]。

② 术后愈合时间

249 项 RCT 显示：PPH 患者术后愈合时间显著短于对照组[MD = -7.3673 (95% CI: -7.9148, -6.8199), $P < 0.0001$]。

③ 肛门功能

6 项 RCT 显示：PPH 术后肛门功能评分显著优于对照组[MD = -1.4772 (95% CI: -2.4602, -0.4942), $P = 0.0032$]。

④ 手术时间

401 项 RCT 表明：PPH 手术时间显著短于对照组[MD = -15.3481 (95% CI: -16.4986, -14.1976), $P < 0.0001$]。

6.3.6 高悬低切术

高悬低切术是一种用于治疗中重度痔疮的手术方法，其手术原理是在痔核高位进行悬吊，同时对脱垂的痔组织进行低位切除，达到保留正常肛垫结构、减少痔疮脱垂和出血症状的效果。该术式在保留肛门功能的同时实现了较高的治愈率，但手术操作复杂，对术者技术要求较高。

高悬低切术的主要适用对象为Ⅲ期、Ⅳ期内痔及混合痔患者，尤其是伴有脱垂的患者。其特点包

括手术效果显著、并发症发生率较低，但患者术后疼痛较为明显，愈合时间可能较长。

推荐意见 9：高悬低切术作为一种治疗中重度痔疮的手术方式，在治愈率、临床总有效率和术后愈合时间有具有一定优势，同时复发率和术后疼痛评分较低，适用于伴有脱垂的中重度痔病患者。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。综合证据质量为中（B），推荐等级为强推荐。

证据概要

① 治愈率及临床总有效率

根据 8 项 RCT 研究，高悬低切术在治愈率和总有效率方面显著优于对照组（传统手术术式）：

治愈率：治疗组治愈率显著高于对照组[RR = 1.1354 (95% CI: 1.0094, 1.2771), P = 0.0344]，证据质量评估为中（B）。

临床总有效率：6 项 RCT 显示，治疗组的临床总有效率显著高于对照组[RR = 1.1218 (95% CI: 1.0276, 1.2246), P = 0.0102]，证据质量评估为中（B）。

② 复发率

2 项 RCT 研究显示，高悬低切术在复发率方面与对照组无显著性差异：[RR = 1.0000 (95% CI: 0.2596, 3.8520), P = 0.9799]，证据质量评估为低（C）。

③ 并发症发生率

未提供具体数据支持。

术后恢复情况

① 术后疼痛

2 项 RCT 研究评估术后疼痛情况，结果显示：高悬低切术后疼痛评分显著低于对照组[MD = -2.8529 (95% CI: -4.3564, -1.3495), P = 0.0002]。

② 术后愈合时间：

4 项 RCT 研究表明：高悬低切术术后愈合时间显著短于对照组[MD = -7.2000 (95% CI: -10.6696, -3.7304), P < 0.0001]。

③ 手术时间

5 项 RCT 研究显示：高悬低切术手术时间较对照组无显著差异[MD = -1.1889 (95% CI: -4.0575, 1.6797), P = 0.4166]。

6.3.7 铜离子电化学疗法

铜离子电化学疗法是一种新型痔疮治疗技术，利用铜离子在电化学作用下对痔组织产生作用，达到破坏痔核血供、消除炎症、促进创面愈合的效果。适用于 I 期、II 期和部分 III 期痔疮患者。

近年来，随着技术的不断发展，铜离子电化学疗法逐渐受到关注，其在减少术后疼痛和并发症方面具有潜在优势，但对于严重脱垂或外痔患者的疗效尚需进一步验证。

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，适用于轻中度痔疮患者。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。综合证据质量为中（B），推荐等级为弱推荐。

证据概要

① 治愈率及临床总有效率

根据 3 项 RCT 研究，铜离子电化学疗法的治愈率高于对照组（传统术式），但差异无统计学意义：治愈率：治疗组治愈率略高于对照组[RR = 1.0551 (95% CI: 0.9320, 1.1943), P = 0.3968]，证据质量评估为中（B）。

临床总有效率：5 项 RCT 显示，治疗组与对照组的临床总有效率差异无显著性[RR = 1.0444 (95% CI: 0.9777, 1.1157), P = 0.1969]，证据质量评估为中（B）。

② 复发率

复发率数据较为有限，仅包括 2 项 RCT：治疗组并发症发生率显著低于对照组[RR = 0.4286 (95% CI: 0.2581, 0.7116), P = 0.0011]，证据质量评估为高（A）。

③ 并发症发生率

2 项 RCT 研究表明，铜离子电化学疗法在减少并发症方面具有显著优势：治疗组并发症发生率显著低于对照组[RR = 0.4286 (95% CI: 0.2581, 0.7116), P = 0.0011]，证据质量评估为高（A）。

术后恢复情况

① 术后疼痛

3 项 RCT 研究显示：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, 0.8020), P = 0.1878]，但差异无统计学意义。

② 术后愈合时间

1 项 RCT 研究表明：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, -0.7454), P < 0.0001]。

6.3.8 多普勒引导下痔动脉结扎术（THD）

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。

推荐意见 11：多普勒引导下痔动脉结扎术（THD）作为一种微创痔疮治疗方法，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一定优势。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。综合证据质量为中（B），推荐等级为弱推荐。

证据概要

① 治愈率

根据 9 项 RCT 研究，共纳入大量患者，研究结果显示：治疗组（THD）的治愈率与对照组（传统手术术式）相当[RR = 1.0124 (95% CI: 0.9365, 1.0945), P = 0.7568]，差异无统计学意义，证据质量评估为中（B）。

② 复发率

5 项 RCT 研究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 = 1.0047 (95% CI: 0.4149, 2.4327), P = 0.9917]，差异无统计学意义，证据质量评估为低（C）。

③ 并发症发生率

6 项 RCT 研究表明，治疗组（THD）并发症发生率显著低于对照组：

[RR = 0.5392 (95% CI: 0.3762, 0.7729), P = 0.0008]，证据质量评估为中（B）。

④ 临床总有效率

13 项 RCT 评估显示:THD 治疗组的临床总有效率与对照组差异无统计学意义[RR = 1.0076 (95% CI: 0.9835, 1.0324), P = 0.5377], 证据质量评估为低 (C)。

术后恢复情况

① 术后疼痛

10 项 RCT 研究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 = -1.2981 (95% CI: -2.0238, -0.5723), P = 0.0005], 证据质量评估为中 (B)。

② 术后愈合时间

5 项 RCT 研究结果表明: THD 术后愈合时间显著短于对照组[MD = -2.6284 (95% CI: -3.7157, -1.5411), P < 0.0001], 证据质量评估为中 (B)。

③ 手术时间

10 项 RCT 显示: THD 手术所需时间与对照组差异无统计学意义[MD = -1.6698 (95% CI: -8.0691, 4.7294), P = 0.6090], 证据质量评估为低 (C)。

6.3.9 痔疮射频消融术

射频消融术是应用无线电波产生的能量, 约 4MHz 射频能量, 消融针产生的热量约 70° ~ 80° 使痔血管结构凝固, 从而破坏痔组织蛋白, 24 h 凝固、萎缩, 1 天~3 天纤维化, 4 天~6 天痔静脉团萎缩, 7 天~14 天痔组织萎缩、吸收、修复, 达到治愈的目的。

操作要点: 麻醉后, 在痔疮基底部注射 0.5 mL~1 mL 1%利多卡因肿胀隔离液, 有效分离血管层和肌肉层, 切忌将隔离麻醉液注射到痔核消融区。射频针插入痔核内, 消融至痔核完全凝固拔出射频针, 痔核直径小于 1 cm 在痔核正中间进针, 直径大于 1 cm 根据消融范围设计进针点。针杆白环以上为消融工作区域, 针尖凹面朝痔核顶端方向微微将痔疮挑起, 开始消融; 每个消融点 (痔核) 消融 1 个循环 (约 25 s)。

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。综合评估为低证据质量 (C), 弱推荐。

证据概要

① 治愈率

共检索到 1 项 RCT 评估了射频消融术治疗痔疮的治愈率, 对照组给予切除术式治疗, 实验组为射频消融术, 共纳入 160 例患者, 结果显示射频消融术组的治愈率为 80/80 较对照组的 73/80 有一定提升[[RR:1.0952 (1.0195, 1.1766), 95%CI], 差异具有统计学意义(P=0.0128<0.05), 证据质量为中 (B)。

② 手术时间、愈合时间

共检索到 1 项 RCT 评估了射频消融术治疗痔疮及切除术式治疗痔疮的手术时间和愈合时间, 结果显示实验组平均手术时间 6 min 较对照组平均手术时间 60 min 的均值差为 -24.9200 (-28.3392, -21.5008) [95%CI], 差异具有显著统计学意义(P<0.0001), 证据质量为高 (A); 同一 RCT 结果显示实验组平均愈合时间 62 天与对照组平均愈合时间 60 天均值差为 -3.8900 (-4.5387, -3.2413) [95%CI], 差异具有显著统计学意义(P<0.0001), 证据质量为中 (B)。

7 痔病术后常见并发症

7.1 概述

手术并发症是外科治疗疾病过程中发生的与手术相关的其他病症，这些病症有一定的发生概率，并不是可以完全避免的。

7.2 出血

原发性出血（出血在术后 24 h 内发生）：

- a) 结扎线滑脱（结扎线不牢或残端过少）；
- b) 齿线以上切口处理不当；
- c) 对活动性出血点未及时处理（高血压患者多见）。

继发性出血（出血在术后 24 h 后发生）：

- a) 术后 7 天~12 天内痔核坏死、脱落；
- b) 痔核坏死后结扎点部位继发感染；
- c) 硬化剂注射浓度过高、药量过大、部位过深；
- d) 结扎过深伤及肌层血管，结扎范围过大；
- e) 电刀止血，结痂脱落等。

疾病因素：

- a) 凝血功能障碍（各种血液病或各种原因所致凝血障碍）；
- b) 门脉高压症，如高血压、动脉硬化、重度肝硬化患者等。

处理：创面渗血予以止血粉等敷盖创面，纱布块压迫止血，术后可用中空乳胶管缠纱布加压止血，术后肌注立止血，必要时可静脉推入止血药物；必要时用抗生素，以免发生感染，加重出血；有搏动出血者，应作血管结扎或缝合术止血；注意全身情况，给予内科相应处理。

推荐意见 13：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。（共识建议，共识度 100%）

7.3 疼痛

疼痛原因常见于术中对肛门皮肤损伤过重，缝扎刺激；患者恐惧，对疼痛极度敏感，肛门括约肌痉挛；感染、创口水肿；便秘、异物刺激等可引起反射性肛门疼痛；肛门狭小、大便时用力撕裂肛管皮肤引起疼痛等。处理：适当应用止痛药；术后亚甲蓝创面封闭注射；改善排便：针灸；中药坐浴等。术后可以适当使用止痛类药膏进行止痛，主要包括含缓解括约肌痉挛类产品，如硝酸甘油软膏等；含有止痛成分的药物，如吲哚美辛栓、肛泰栓等。中药重洗坐浴具有消肿止痛、清热解毒等作用，有助于患者肛门周围疼痛的缓解，如复方荆芥重洗剂等。

推荐意见 14：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副反应最低的情况下达到无痛或轻度疼痛（VAS 评分 0 分~4 分）。（共识建议，共识度 96.97%）

7.4 小便困难

小便困难常因为肛门疼痛；局部水肿；麻醉作用；手术操作粗暴；异物刺激，术后局部填塞敷料过多；男性老年人前列腺肥大；精神过度紧张等。处理：适当应用止痛药；小腹热敷，小腹按摩、压穴；解除加压包扎，撤除肛内填塞物；温水坐浴；灌肠排便；针灸：中极、关元；药物：新斯的明 1 mg 肌注等。

7.5 发热

病人因手术损伤或毒素刺激；药物反应如注射硬化剂等；术后并发症，如上呼吸道感染、尿路感染；局部继发感染或引流不畅；原因不明的长期低烧，要注意与其他疾病鉴别，如结核病。因手术损伤、药物吸收等引起的低烧，无需特殊处理；局部感染存在时应按炎症处理，及时合理应用抗生素，若合并上感、尿路感染时应对症处理；原因不明的低烧，要在查明原因后再作处理；对于任何术后低热，首先应排除肛周继发感染，并及时检查血象。

7.6 水肿

手术不当而造成，如混合痔手术对内痔进行结扎，外痔处理不彻底；切除皮瓣或缝扎不当影响了肛门局部淋巴和血液的回流；术后患者排便困难，下蹲过久后刺激发生水肿；敷料压迫不当等。处理：肛门周围水肿者可用肛肠熏洗剂煎水熏洗，外敷中药；可用 20% 高渗盐水湿敷局部等。

7.7 便秘

痔病术后便秘是常见的并发症之一，主要是心理因素、术后饮食改变、肠道动力改变、药物影响等因素造成的。患者术后焦虑和紧张同时恐惧排便时疼痛，造成患者可能下意识地憋便或减少排便次数，导致粪便干结。同时术后一部分患者减少进食，尤其是纤维类食物和水分摄入，导致肠道蠕动减慢，或者过度进食滋补饮食，导致大便干结；麻醉及镇痛药物如阿片类止痛药（如曲马多等）会抑制肠道蠕动，造成便秘，一些其他因素如创面水肿，括约肌痉挛，均可导致排便困难。处理方法：术后应逐步增加富含膳食纤维的食物，如全谷物、蔬菜（如菠菜、芹菜）、水果（如火龙果、西梅等），每天保证至少 1500 mL~2000 mL 的水量摄入，保证液体摄入。中西医辨证论治酌情使用缓泻剂及通腑类中药，如乳果糖、聚乙二醇、麻子仁丸、首荟通便胶囊等。如出现粪嵌塞等症时，可短期使用灌肠剂，如开塞露（甘油栓）或石蜡油。注意避免患者长时间使用缓泻剂，容易出现瘢痕挛缩、肛门狭窄等术后并发症。

推荐意见 15：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的食物，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。（共识建议，共识度 100%）

7.8 其它少见并发症

感染、坏死性筋膜炎、肛门狭窄、肛门失禁、创面愈合缓慢等。术后使用正确的中医特色创面管理方式，可有效预防感染、促进术后创面的愈合，如洗剂（如中草药方剂、复方荆芥熏洗剂等）、软膏剂（肛泰软膏、马应龙麝香痔疮膏等）、栓剂（肛泰栓、普济痔疮栓等）联合换药。

推荐意见 16：痔病术后并发症是常见的，医生应注意围手术期管理，保证充分的术前宣教，术中仔细的操作，术后一旦发生并发症应及时、有效的处理。（共识建议，共识度 100%）

8 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，痔病人日常健康管理是术后随访管理的基础环节，涉及到营养、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须手段；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。（共识建议，共识度 100%）

附 录 A

（资料性）

本文件编制方法

A.1 指南编制依据与原则

本文件以中华中医药学会、中华医学会联合制定的《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）》以及《中医临床实践指南报告清单》进行制订。按照 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）的要求撰写指南。

本文件兼顾循证医学证据和专家临床经验，有循证医学证据支撑的临床问题采用 GRADE 证据分级系统，根据研究的设计、偏倚风险、一致性、间接性、精确性以及发表偏倚等其他因素共六个方面将证据质量分为高、中、低、极低四个等级；对于证据不充足的临床问题采用专家共识法形成共识建议，最后采用 GRADE 网络计票法达成专家共识，综合考虑证据质量、疗效、安全性、经济性及患者意愿，形成最终推荐意见及推荐强度，证据质量与推荐强度分级见表 A.1。

表 A.1 证据质量与推荐强度分级

分级	具体描述
证据质量分级	
高	非常有把握：观察值接近真实值
中	有中等把握：观察值有可能接近真实值，但也有可能差别很大
低	把握有限：观察值可能与真实值有很大差别
极低	几乎没把握：观察值可能与真实值有极大差别
推荐强度	
强推荐	明显利大于弊，一定使用
弱推荐	可能利大于弊，可能使用
不确定	利弊相当或不确定，无明确推荐

A.2. 技术路线

本文件编制分三阶段：

第一阶段：成立指南起草组并签署利益声明，梳理国内外痔病中西医结合指南与临床研究，确定指南题目、范围和目的，完成方案注册。通过专家访谈和临床调研，初步构建指南问题和结局指标，并经两轮德尔菲法确定最终清单。

第二阶段：根据确定的临床问题和结局指标，检索、筛选、评价证据，对有循证依据的问题进行 GRADE 分级，形成证据概要；证据不足时，采用专家共识并召开线上会议形成推荐意见及推荐强度。

第三阶段：完成指南草案，先经内部评审，再广泛征求专家意见并修订，最终提交中华中医药学会审查，公示并采纳反馈后发布。

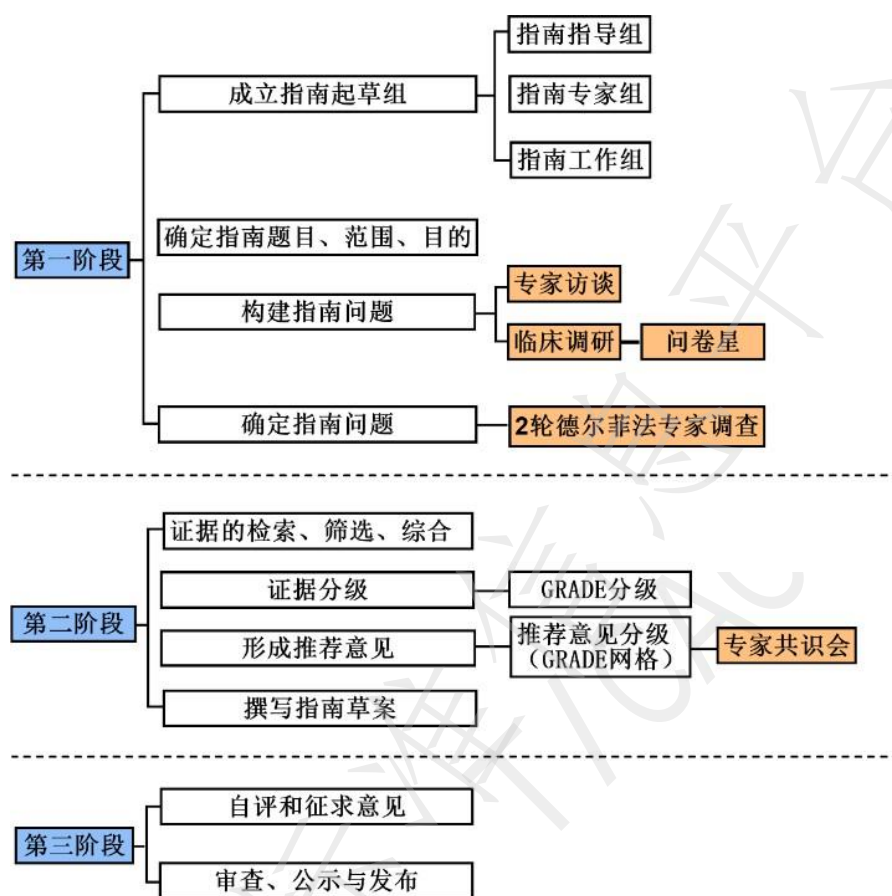


图 A.1 技术路线图

A.3. 编制过程

A.3.1 成立指南起草组

2023 年 8 月 29 日在中华中医药学会成功立项（20230802-BZ-CACM），成立了指南起草组。起草组专家团队由郑丽华教授、刘仍海教授牵头，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 33 位，来自全国 26 家三甲医院。

A.3.2 确定指南题目、范围、目的

2023 年 10 月 24 日指南正式启动，起草组专家就痔病中西医诊疗现状、难点问题、中西医结合诊疗干预的关键环节以及《痔病中西医结合诊疗指南》的定位进行了深入的讨论，最终确定指南题目为《痔病中西医结合诊疗指南》；适用范围包括所有类型痔病；指南将为中西医结合痔病规范诊治提供科学依据和有力指导，对提高本病的临床诊疗水平和科研水平具有重要意义。参与的所有成员均签署知情同意和利益冲突声明。

A.3.3 构建指南问题

A.3.3.1 专家访谈

2023 年 12 月~2024 年 5 月, 指南工作组对指南专家组成员于线上进行访谈, 对初拟的指南草案框架进行讨论, 并对临床调研问卷问题的题目重要性征集, 结合专家意见和建议汇总并整理临床调研问卷, 包括 9 项专家基础信息、20 余项临床问题。

A. 3. 3. 2 广泛临床调研

为在制定指南时纳入临床医生最关心的问题, 指南工作组于 2024 年 9 月~2024 年 10 月开展广泛临床调研, 来自全国 16 个省市, 27 家单位的 30 多名临床医生对临床问题的重要性进行评价, 以票选率为参考指标, 项目组围绕票选率 $>60\%$ 的条目, 拟定基础问题、临床问题与结局指标清单; 票选率 $\leq 60\%$ 的条目不纳入讨论。最终通过汇总形成了 36 个临床问题(28 个基础问题和 8 个 PICO 化临床问题)与 9 个结局指标纳入初步的指南问题清单, 进一步开展德尔菲法专家调查以确定指南问题。

A. 3. 4 确定指南问题

采用德尔菲法专家调查确定本指南的临床问题和结局指标。2024 年 10 月~2024 年 12 月, 工作组对来自全国 16 个省市、27 家三甲医院的 34 位领域内专家进行两轮德尔菲法调查。计算各临床问题和结局指标的专家积极系数、均数、满分比、变异系数进行重要性评价, 将临床问题均分 ≥ 3 分、结局指标均分 ≥ 7 分、满分比 $\geq 50\%$ 、变异系数 $< 30\%$ 的条目纳入指南。同时以专家积极系数 $\geq 75\%$ 、和谐系数 > 0.7 、格朗巴赫 α 系数 ≥ 0.7 进行德尔菲问卷质量控制。两轮调查均发放问卷 30 份, 问卷回收率分别为 30/30 (100%) 和 27/30 (90%)。形成 33 个临床问题(6 个基础问题和 19 个 PICO 化临床问题)与 8 个关键结局指标。最终, 经课题组内专家讨论、并对相似临床问题进行总结归纳后共确定 19 个临床问题和 8 个关键结局指标。

A. 3. 5. 证据的检索、筛选和综合

A. 3. 5. 1 检索说明

为了能够尽可能检索到所有痔病相关临床问题的文献, 本次文献检索并未设定具体的研究类型。下载文献题录后, 建立数据库, 进行分类。优先考虑已发表的系统评价/Meta 分析, 从时效性、临床问题匹配度和质量 3 个方面看能否被本指南纳入。如不能纳入, 则开展新的系统评价/Meta 分析。如果 RCT 数量较少或无法回答目前的临床问题, 则进一步酌情考虑其他类型的研究结果, 如队列研究、病例对照研究等。

A. 3. 5. 2 根据 PICO 确定检索策略

明确临床问题后, 本指南对于临床证据通过计算机和手工相结合的方法进行检索。检索时间均从各数据库建库至 2024 年 8 月 31 日。检索国内外原始研究数据库, 主要包括英文数据库: PubMed, Embase, Cochrane Library; 中文: 中国知网(CNKI)、中文科技期刊全文数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(Sinomed)、万方全文数据库(WanFang)。国内外临床试验注册平台以及国内外指南文库: 美国临床试验注册平台、国际指南注册平台、英国国立健康与临床优化研究所、新西兰临床实践指南网、中国临床指南文库、医脉通等。检索方式以主题词和自由词相结合。

A. 3. 5. 3 证据评价与分级

使用 AGREEII 评价相关指南方法学质量。使用 AMSTAR2 工具对纳入的系统评价分析进行方法学质量评价。如为高质量的系统评价和（或）Meta 分析直接使用，如不符合要求则重新制定相关系统评价/Meta 分析，该环节用 Cochrane 偏倚风险评价工具 2.0 版本（Risk of Bias 2, ROB 2）评价纳入 RCT 的偏倚风险。本文件使用 GRADE 对各临床问题的证据概述中的证据体进行分级，考虑五个降级因素包括偏倚风险、一致性、间接性、精确性、发表偏倚，以及三个升级因素包括效应量大、混杂因素偏倚、剂量效应，最终共分为高、中、低、极低四个等级，并形成 GRADE 证据概要表，详见附件 2。

A. 3.6 专家访谈法和名义组法形成推荐意见/共识意见

为提高指南的实用性，指南制订团队拟于 2025 年 1 月 15 日线下结合线上举行《痔病中西医结合诊疗指南》推荐意见/共识建议推荐会，邀请了来自全国 16 个省份的 30 余位专家参与了本次会议，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。本次会议中首先由指南制订团队牵头专家向与会专家介绍了本指南的背景、目的与拟定的指南推荐意见/共识建议，其次由指南工作组介绍该指南的制订流程并向与会专家发放证据概要表、推荐意见/共识建议投票单等会议材料。最后由各位专家采用名义组法对有证据支持的意见依据 GRADE 网格计票并形成推荐意见；对于无证据支持的意见采用多数过票规则形成共识建议。指南工作组现场统计投票单并公布了达成共识的 17 条推荐意见（强推荐 12 条、弱推荐 5 条），对于投票结果与会专家均未表示异议。

A. 3.7 撰写指南征求意见稿

参考《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022 版）》与《中医临床实践指南报告清单》中有关指南体例的要求，形成了本指南的征求意见稿。

A. 3.8 征求意见和同行评议

指南制订团队于 2025 年 1 月将指南征求意见稿通过网络问卷方式开展征求意见工作。问卷征求意见覆盖全国 16 个省份 27 家单位的专家。截至 2025 年 1 月南工作组共收到 25 条意见/建议，本指南制订团队全部采纳。指南制订团队对反馈的意见/建议进行逐条研究处理，修订本指南的征求意见稿，形成了《痔中西医结合诊疗指南》送审稿。

A. 3.9 送审、审查与发布

项目组于 2025 年 1 月完成《痔中西医结合诊疗指南》送审稿与编制说明，并上交中华中医药学会审查。学会于 2025 年 5 月 9 日完成本文件审查，作为团体标准报批，于 2025 年 5 月正式发布。

A. 3.10 应用推广与后效评价

本文件在发布后，本指南制订团队将通过学术会议、医师培训、发表相关论文等多种平台与渠道开展本指南的推广实施培训。同时，本指南推广应用 1 年后，项目组将组织《痔中西医结合诊疗指南》后效评估调查，向本指南专家组成员、同行评议成员与各级医疗机构相关科室的临床医师发放《痔中西医结合诊疗指南》后效评估调查表，咨询本指南在临床应用中遇到的问题及修改建议，同时将后效评估报告提交给中华中医药学会标准化办公室。

附 录 B

（资料性）

GRADE 证据概要表

B.1 证据评价

B.1.1 证据评价方法

采用国际统一的证据质量分级方法（Grade of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE）对原始研究证据进行证据质量评价。

B.1.2 GRADE 分级方法

采用 GRADE 分级方法对纳入的评估措施每个结果的效应估计进行汇总和质量评价，RCT 起始于高级别。

考虑五个证据降级因素：纳入研究的方法学质量情况、对应结局合并结果间的一致性情况、研究证据的直接性、研究证据的精确性以及发表偏倚可能性，存在上面某一个因素则对应证据质量降一级。

基于以上几个方面对纳入的研究证据级别进行综合判断，将证据等级结果依次评价为高、中、低或极低四个等级。

本研究中的证据质量分级证据质量的含义见表 B.1，可能降低随机对照试验证据质量的因素及其解释见表 B.2。

表 B.1 GRADE 证据质量分级

证据质量分级	具体描述
高（A）	非常有把握：观察值接近真实值
中（B）	对观察值有中等把握：观察值有可能接近真实值，但也有可能差别很大
低（C）	对观察值的把握有限：观察值可能与真实值有很大差别
极低（D）	对观察值几乎没有把握：观察值与真实值可能有极大差别推荐

表 B.2 影响证据质量的因素

可能降低随机对照试验证据质量的因素及其解释	
偏倚风险	未正确随机分组；未进行分配方案的隐藏；未实施盲法（特别是结局指标为主观指标，其偏倚风险不一致性评估易受主观影响时）；研究失访对象过多，未进行意向性分析；选择性报告结果（尤其是仅报告观察到的阳性结果）；发现有疗效后研究提前终止。如存在偏移风险，则证据质量降一级
不一致性	如不同研究间存在大相径庭的结果，又没有合理的解释原因，可能意味着其疗效在不同情况下确实存在差异。差异可能源于人群（如药物在重症患者中的疗效更显著）、干预措施（如较高药物剂量的效果更显著），或结局指标（如随时间推移疗效减小）的不同。当结果存在不一致性而研究者未能意识到并给出合理解释时，需降低证据质量。如存在不一致性，则证据质量降一级

表 B.2 影响证据质量的因素（续）

可能降低随机对照试验证据质量的因素及其解释	
间接性	间接性可分为两类：一是比较两种干预措施的疗效时，没有单独直接比较二者的随机对照 17 试验，但可能存在每种干预与安慰剂比较的多个随机对照试验，这些试验可用于进行二者之间疗效的间接比较，但提供的证据质量比单独直接比较的随机对照试验要低。二是研究中所报告的人群、干预措施、对照措施、预期结局等与实际应用时存在重要差异。如存在间接性，则证据质量降一级
不精确性	当研究纳入的患者和观察事件相对较少而导致可信区间较宽时，需降低其证据质量。如存在不精确性，则证据质量降一级
发表偏倚	如果很多研究（通常是样本量小的、阴性结果的研究）未能公开，未纳入这些研究时，证发表偏倚据质量亦会减弱。极端的情况是当公开的证据仅局限于少数试验，而这些试验全部是企业赞助的，此时发表偏倚存在的可能性很大。如存在发表偏倚，则证据质量降一级
注：降级标准：以上五个因素中任意一个因素，可根据其存在问题的严重程度，将证据质量降一级（严重）或二级（非常严重）。证据质量最多可被降级至极低，但注意不应该重复降级，譬如，如果分析发现不一致性是由于存在偏倚风险（如缺乏盲法或分配隐藏）所致时，则在不一致性这一因素上不再因此而降级。	

B.2 证据评价结果

采用上述方法对临床问题进行逐一评价，编制形成以下证据概要表。



附录 C

(资料性)

痔病中西医结合诊疗流程图

痔病中西医结合诊疗流程图见图 C.1。

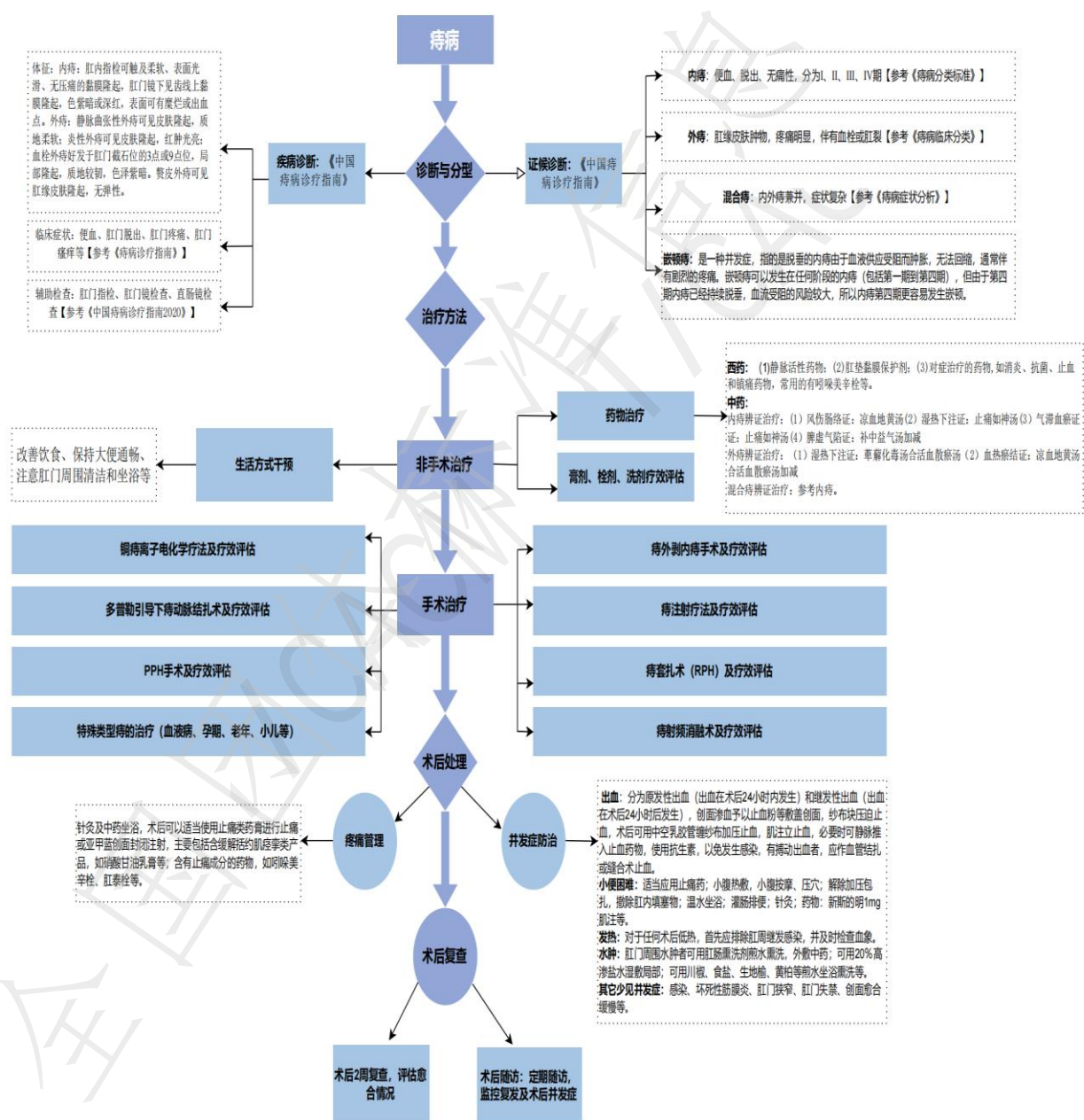


图 C.1 病中西医结合诊疗流程图见

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 杜建军, 周峰. PPH 联合微切口外痔剥除术在重度混合痔中的应用价值[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(9):78-79. DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.201909030.
- [3] 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.
- [4] 布艳军, 曾航, 张跃. RPH-4 联合外剥内扎术治疗重度混合痔 100 例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(3):22-23. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2020.03.011.
- [5] 曹亮, 王剑新, 沈秋菊, 等. 锯齿状自动弹力线套扎加外痔切缝术治疗 II~IV 度混合痔临床观察[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2020, 9(5):512-516. DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-3224.2020.05.014.
- [6] 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.
- [7] 冯敏, 王吉侯, 郭红平. 自动痔疮套扎术联合外切治疗混合痔的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36(9):33-34. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2016.09.015.
- [8] 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.
- [9] 刘高朋. 自动痔疮套扎术结合外剥内扎术对重度混合痔患者的疗效以及术后并发症的影响 [J]. 临床与病理杂志, 2023, 43 (3):550-555. DOI:10.11817/j.issn.2095-6959.2023.222014.
- [10] 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.
- [11] 高建恩, 张磊, 邓志灏, 等. 吻合器痔上黏膜环切术加消痔灵注射配合外剥内扎术治疗重度混合痔 189 例[J]. 中日友好医院学报, 2016, 30(5):286~289. DOI:10.3969/j.issn.1001-0025.2016.05.006.
- [12] 邹卫强, 李发辉, 李金元. 分段切除整形联合吻合器痔上黏膜环状切除术治疗环状混合痔的临床效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(14):86~88, 92. DOI:10.3969/j.issn.1674-4721.2020.14.024.
- [13] 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.
- [14] 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. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2020.01.008.
- [15] 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. DOI:10.3969/j.issn.1009-4393.2019.31.074.
- [16] 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. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2021.03.008.

[17] 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]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(61):66-67. DOI:10.3969/j.issn.1671-3141.2020.61.033.

[18] 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. DOI:10.3969/j.issn.1009-4393.2019.14.007.

[19] 张学辉, 王青, 张昊, 等. 多普勒超声引导下痔动脉结扎治疗痔疮的效果观察分析[J]. 系统医学, 2020, 5(11):100-102. DOI:10.19368/j.cnki.2096-1782.2020.11.100.

[20] 张吕盛. 超声多普勒引导下痔动脉结扎术结合直肠肛门修复术治疗痔病的临床疗效[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(4):544-546. DOI:10.19381/j.issn.1001-7585.2019.04.037.

[21] 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. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2020.06.011.

[22] 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. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2023.08.008.

[23] 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.
