

团体标准

T/SZKJKH 015-2020

无张力痔手术操作规范

Operation Standard of Tension-free Operation for
Hemorrhoids

2020-11-24 发布

2020-11-25 实施

陕西省中医药科技开发研究会 发布

目次

前 言.....	I
引 言.....	II
1 范围.....	1
2 规范性应用文件.....	1
3 术语和定义.....	2
4 缩略语.....	2
5 无张力痔手术目的.....	2
6 手术适应症和禁忌症.....	3
7. 术前评估.....	3
8. 手术室的要求和术前准备.....	4
9. 手术医生、医院资质要求.....	5
10. 手术的操作流程.....	5
11 手术中的注意事项.....	6
12. 术后处理.....	7
参 考 文 献.....	8

前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准的某些内容可能涉及专利，本标准的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本标准由陕西中医药科技开发研究会提出。

本标准由陕西省市场监督管理局归口。

本标准起草单位：西安市中医医院、西安马应龙肛肠医院、空军军医大学西京医院。

本标准主要起草人：李朝阳、张波、陈萍、沙静涛、毛宽荣、郑建勇。

本标准首次发布于 2020 年。

全国团体标准信息平台

引言

肛肠疾病具有男女均患、高发、各年龄段均有表现的常见疾病，最新的流行病学数据提示肛肠病的发病率 50.1%。

痔的发病原理，目前公认的主要为肛垫下移学说和静脉曲张学说。在经过一般的基础治疗和保守治疗无效情况下，对于反复出现症状、影响工作和生活的患者，就要考虑选择手术治疗。当前对痔的手术方法很多，有 PPH、TST、RPH、多普勒引导痔上动脉结扎、硬化剂注射及传统的外剥内扎等手术方法。由于方法的多样性，各种手术操作也有不同的流程和规范，随之也出现了不同的效果和各种程度不一的并发症。为此，痔的诊疗指南明确指出，痔的各种手术是在保护功能的前提下，以去除症状为先为治疗原则的手术方法，成为当下业内总的趋势。

痔的正常状态是肛门的重要组成，肛门的重要功能之一就是排出大便，保证出口的封闭性，避免漏气、漏便。手术的目的是去除病变痔组织、保留正常肛垫及组织。无张力痔手术，就是在充分保护肛门功能状态和组织的前提下，以混合痔外剥内扎为基础的改良手术方法的扩展，将硬化剂注射、痔上动脉结扎、TST、CRH 等手术的核心要点集中起来，制定手术操作的统一性和标准性，为临床提供参考。为此我们编写该标准，其目的在于规范痔手术的各环节流程和细节，达到以功能为先的病理切除的最低标准，最大限度的降低并发症，实现良好的治疗目的。

无张力痔手术操作规范

1 范围

本标准规范了无张力痔手术的目的、适应症和禁忌症、术前评估、手术室的要求和术前准备、手术医生和医院资质要求、手术操作流程、手术中的注意事项、术后处理关键指标。

本标准适用于不同层级医疗机构对痔的手术操作。

2 规范性应用文件

下列文件对于本标准的应用是必不可少的。凡事注明日期的引用文件，仅所注明日期的版本使用于本标准。凡事不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适合本标准。

GB/T 20000.1-2002 标准化工作指南 第1部分：标准化和相关活动的通用词汇；

GB/T 20001.5-2017 标准编写规则 第5部分：规范标准；

ZYYXH/T 322~341-2012 中医肛肠科常见病诊疗指南；

ZY/T001.1-1994 中医病证诊断疗效标准；

WS/T 500.9-2016 电子病历共享文档规范 第9部分：一般手术记录；

YY/T 0506.2-2016 病人、医护人员和器械用手术单、手术衣和洁净服 第2部分：性能要求和试验方法；

YY 0570-2013 医用电气设备 第2部分：手术台安全专用要求；

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2006.05.039 《痔临床诊治指南（2006版）》中华医学会儿科学分会结直肠肛门外科学组；

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2012.03.014 《痔诊断和治疗指南（2010修订版）》美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会。

3 术语和定义

3.1 痔 hemorrhoids

痔包括内痔、外痔、混合痔。内痔是由血管静脉丛扩张、纤维支持结构松弛、断裂而形成的肛垫移位及病理性肥大形成的软团块；外痔是由肛周皮下血管扩张、炎性肿胀而隆起的软团块；混合痔则是内痔与外痔相对应部位的融合。痔的形成主要与排便困难、腹泻、低膳食纤维饮食、怀孕、遗传、年龄、解剖学等因素有关。属于中医“内痔”“外痔”“内外痔”“牡牝痔”范畴。

3.2 痔手术 operation for hemorrhoids

痔是最常见的肛肠疾病，非手术治疗失败或不宜非手术治疗的患者需要采取手术治疗，当前有外痔切除，内痔结扎、内痔套扎或注射，混合痔外剥内扎等手术方式，目的在于消除和减轻痔的症状。

3.3 无张力痔手术 tension-free operation for hemorrhoids

无张力痔手术是在常规手术基础上，强调尽可能多的保留肛门皮肤及正常肛垫，在手术细节上加以改进，努力降低各痔体术后受力点间张力，最大限度的保护肛门功能，降低术后肛门狭窄、出血、疼痛等并发症。

4 缩略语

PPH: 痔上粘膜环切钉合术 (procedure for prolapsing hemorrhoids)

TST: 选择性痔上粘膜吻合术 (tissue-selecting therapy stapler)

RPH: 自动痔疮套扎术 (ruiyun procedure for hemorrhoids)

5 无张力痔手术目的

无张力痔手术，就是在充分保护肛门功能状态和组织的前提下，达到病理切除的最低标准，使手术后术区尽可能达到无张力状态，最大限度的降低并发症，实现良好的治疗目的。

6 手术适应症和禁忌症

6.1 适应症

- a) 反复的便血频繁发作，便血量较多，保守药物治疗效果不明显；
- b) 痔核较大，便后脱出肛门外，不能自行还纳，需要手托、平卧休息、热敷之后才能还纳；
- c) 痔核脱出嵌顿，内痔嵌顿，外痔水肿继发血栓形成，肛门疼痛严重者；
- d) 外痔的痔核非常大，且经常发生局部的炎症，伴有明显的肿痛者；
- e) 继发血栓性外痔痔体较大，不能自行吸收、疼痛剧烈的患者。

6.2 禁忌症

- a) 全身存在严重的心脑血管、血液系统等其他疾病；
- b) 结直肠存在活动期的炎症；
- c) 内痔伴有急性感染、溃疡、坏死等，近期手术可能导致感染加重或造成栓塞等并发症，手术暂缓进行；
- d) 继发性内痔，如门静脉高压、心力衰竭所致者，需治疗原发病因，不宜做此手术。
- e) 妊娠不宜作此手术。

7. 术前评估

7.1 实验室检查

实验室各项检查，主要为血常规、尿常规、粪常规、出凝血时间、凝血酶原时间、肝肾功能、血糖。

7.2 功能检查

心电图、X线胸片。

7.3 其他

术前可选择性的进行肛门直肠压力测定，了解肛管压力情况，电子结肠镜排除直肠及结肠病变。

8. 手术室的要求和术前准备

8.1 手术室要求

- a) 人流及物流符合无菌要求，洁污分开，清洗在非限制区进行；
- b) 每天进行空气消毒，且每月做空气培养，并有记录；
- c) 工作人员着装标准，防止头发、衣服等处的菌尘落在手术台上；
- d) 术中关门，阻止无菌手术间以外的空气进入；
- e) 限制参观人数，并规范参观行为；
- f) 使用动态空气消毒柜或紫外线灯洁净手术间；
- g) 需接台手术时，手术室台面和地面均要求用消毒剂擦拭，手术台安全要求符合 YY0570-2013 的规定。

8.2 术前准备

8.2.1 备皮：

以肛门为中心，至少消毒 20 厘米，包括大腿根部，臀部以及肛周和会阴区。

8.2.2 肠道准备：

术前 1 天半流食，术前 12 小时禁饮食，术前清洁灌肠。

8.2.3 器械准备

必备器械：分叶式肛门镜、弯止血钳、组织钳、组织剪、缝针、4 号和 10 号手术缝线；

选备器械：高频电刀、痔套扎器

8.2.4 体位准备

取截石位，两下肢尽量分开并妥善固定，便于手术操作；摆放体位时，注意将患者双腿同时缓慢抬起，以避免背部紧绷或髋关节脱位；腿架高度应参考患者股骨长度适当调整，脚架底部铺衬垫防止压疮和周围神经损伤，避免过度外展膝髋关节而造成损伤。病人、医护人员和器械用手术单、手术衣和洁净服符合 YY/05062-2016 的规定。

8.2.5 麻醉准备

多采用腰麻或联合连续硬膜外麻醉。若患者无脊髓麻醉禁忌证，推荐选用腰麻。腰麻的优点是：麻醉作用快，麻醉剂用量少，效果满意确切，手术区域肌肉松弛良好，有利于内痔及肛门直肠深部操

作。临床常用重比重腰麻。连续硬膜外麻醉优点是，对老年高血压患者可通过导管分次小剂量给药，易于对血压调整控制，术后头痛比腰麻发生率低。缺点是手术区域肌松差，作用较慢。如患者腰椎有病变不能行上述两种麻醉，必要时也可采用全麻或骶麻。

9. 手术医生、医院资质要求

开展此项技术的医院和临床科室应配备专业的、培训合格的医护队伍，具备开展二级手术的资质；手术医师应根据《医疗技术临床应用管理办法》管理，具有痔手术经验。

10. 手术的操作流程

10.1 手术区域消毒、铺单

常规肛肠手术消毒、铺单。消毒按“大腿内侧一会阴一肛周”的顺序；铺单：腿套、臀下两层中单，腹部，两大腿内侧各一中单，最后用孔巾或切口巾露出肛门外口。

10.2 术中探查

详细检查肛门处皮肤的完整性，有无破溃、裂口、红肿等，自然状态下痔脱出的程度和分布，适当扩肛后，做直肠深部指针，了解所及范围内及邻近组织器官有无其他外科性疾病，肛门直肠再次消毒后，在肛门镜下，直视检查痔粘膜和直肠粘膜情况，排除和发现息肉、腺瘤和肛乳头肥大等其他疾病。随之进行脱出试验，确定模拟排便时脱出痔核的分布情况，为手术路径和范围提供参考。

10.3 无张力痔手术

常用手术方式方法有混合痔外痔切除内痔结扎术，内痔套扎、内痔注射术，无张力痔手术适用于上述各种术式的操作。

无张力痔手术主要优点在术中尽可能多的保留了肛管皮肤、齿线组织和直肠粘膜，各手术结扎点间的张力降到最低，减轻了术后疼痛、降低了术后出血的风险，术后尿潴留发生率低和住院时间更短，发生肛门狭窄等的并发症低等优点。

针对内痔、外痔、混合痔的无张力操作分别予以描述：

——内痔无张力手术操作流程 采取先上后下，即先里后外的顺序，对于痔核较大的可先行痔上动脉缝扎，再行痔体结扎或套扎的步骤；可单纯注射或先结扎或套扎后附加硬化剂注射的方

法；先结扎母痔点位，后结扎子痔点位。

- 外痔无张力手术操作流程 自然无张力状态下，先进行较小外痔的剥离或切除手术，再进行较大外痔的操作，尽量保留肛门排便状态下皮肤的较小张力的皮条，尽可能采取线型放射状切口，争取在去除痔组织后达到皮肤的自然对合。
- 混合痔无张力手术操作流程 先进行外痔操作，后进行内痔手术，争取保留齿线组织，将外痔和内痔分开进行，上提靠直肠粘膜的悬吊起效。

几种术式目前没有循证医学证据表明疗效存在差异，因此医师应综合考虑患者病情、个人经验及术中情况，选择合适的方法。

10.4 送病检

详细描述术中所见及标本情况，常规送病检

10.5 完成手术具体过程和术中所见

手术记录应在手术结束后及时完成，手术记录符合 WS5009-2016 的规定，重点描述术中所见，痔的具体位置及大小，是否跨越齿线，各痔体间是否连续，是否合并直肠粘膜松弛、肛乳头肥大等疾病。所留皮肤及粘膜的宽度，各结扎点横向和纵向间的各自距离；是否行内括约肌松解，手术完毕后对肛门通畅度予以评估。

11 手术中的注意事项

11.1 注射术注意事项

内痔注射时，硬化剂浓度不宜过高，如为消痔灵注射液，即采用 1:1 浓度，同时每点位注射量要根据痔体的大小来注入合适的药量，不能注射过于充盈，导致张力过大，一般以 2 毫升作为参考。保留粘膜处不宜行硬化剂注射，以免术后炎性反应，导致形成张力带。注射层次以粘膜下层注射为主要作用部位，痔体的固有层注射要严格控制注射量，一般多小于 0.5 毫升，洞状静脉区注射量亦不宜过多，0.3 毫升左右，距离齿线最少 0.5 厘米以上。

11.2 结扎/套扎术注意事项

内痔结扎或套扎痔体时，不宜太追求基底部，应选择在痔体 2/3 处，保留基底部的 1/3，避免结扎点过多引起的粘膜横向张力过大。各痔体间纵向结扎附着点应有交错，避免纵向张力过大。各结扎

点间的粘膜在结扎完毕后在纵向和横向上保持顺畅平滑，避免影响直肠的顺畅性。

11.3 切除剥离术注意事项

外痔切口采用放射状线型切口后，皮下组织及静脉团尽量按层次锐性分离，尽可能充分剥离病变组织，而保留尽可能多的肛管皮肤。避免将外痔组织和齿线及内痔组织一并结扎。外痔组织的结扎线宜选取 4 号丝线，加强结扎效果，而降低因 10 号线过粗带来的受力面过大，导致的痔体间高张力。

12. 术后处理

12.1 术后饮食及护理

术后禁食 8 小时，禁水 6 小时。经麻醉与手术应激后，患者有可能出现心、脑血管、肺部及内分泌系统等并发症，有条件的医疗机构，术后应常规使用心电监护仪，严密观察患者的血压、脉搏、呼吸及神智等变化，没有监护条件的可按一级护理要求进行 24 小时，二级护理 72 小时。术后复查血常规及相应指标。

12.2 抗感染、止血治疗

对于无合并感染的痔手术患者，术后仅用预防性抗菌素 1 天即可，若合并有轻度感染，创面较大时，术后一般静脉点滴抗生素 3 天左右。对于术前检查凝血机制正常，手术过程顺利的患者，一般不使用止血药物。若凝血有异常，术中渗血较多，术后可静脉应用止血药物 1-3 天，并注意复查血常规及凝血系列。

12.3 术后体位

术后去枕平卧 6-8 小时，次日改为自主位。适当下床活动，入厕最好有人陪护，以防患者摔倒发生意外，在脱线期的术后第 5-7 天时减少活动量，1 周后逐渐增加活动量。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 痔临床诊治指南（2006版）[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006(5):461-463.
- [2] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会, 丁义江, 皇甫少华, et al. 痔诊断和治疗指南(2010修订版)[J]. 中华消化外科杂志, 2012, 11(3):243-247.
- [3] A P, Zbar. Postoperative complications after procedure for prolapsing haemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR).[J]. Techniques in coloproctology, 2008, 12(2): 136-7; author reply 137-8.
- [4] 武超波. 评价选择性痔上黏膜切除术(TST)治疗混合痔的疗效及安全性[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019(31):63-63.
- [5] 邓业巍, 许召杰, 张胜威. RPH 治疗痔疮的研究进展[J]. 中华结直肠疾病电子杂志(2期): 175-178.