ICS 11.020
CCS C 05

团　体　标　准

T/CARDTCM 010—2026

消痔灵注射疗法临床应用指南

Clinical practice guideline for xiaozhiling injection therapy

2026-11-28 发布　　2026-12-01 实施

中国民间中医医药研究开发协会 发布

目　　次

前　　言 III
引　　言 IV
1 范围 1
2 规范性引用文件 1
3 术语和定义 1
4 缩略语 2
5 推荐意见汇总 2
6 推荐意见 3
6.1 临床问题 1：消痔灵注射疗法治疗痔的疗效 3
6.2 临床问题 2：消痔灵注射疗法联合 PPH 术治疗痔的疗效及安全性 4
6.3 临床问题 3：消痔灵注射疗法联合 RPH 术治疗痔的疗效及安全性 5
6.4 临床问题 4：消痔灵注射疗法联合 TST 术治疗痔的疗效及安全性 5
6.5 临床问题 5：消痔灵痔注射疗法联合外剥内扎术治疗痔的疗效及安全性 6
6.6 临床问题 6：消痔灵注射疗法治疗直肠脱垂的疗效及安全性 7
6.7 临床问题 7：消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗直肠脱垂的疗效及安全性 8
6.8 临床问题 8：消痔灵注射疗法治疗出口梗阻型便秘的疗效及安全性 8
6.9 临床问题 9：消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗出口梗阻型便秘的疗效及安全性 9
7 实施注意事项 10
7.1 法律法规与资质要求 10
7.2 临床应用规范 10
7.3 患者知情与随访 10
7.4 并发症预防与处理 10
附录 A（资料性）推荐意见证据概要 11
参考文献 17

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。

本文件由中国民间中医医药研究开发协会肛肠专业委员会提出。

本文件由中国民间中医医药研究开发协会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学东方医院、中国中医科学院西苑医院、中国人民解放军总医院、北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院广安门医院、成都肛肠专科医院、首都医科大学附属北京世纪坛医院、北京中医药大学、辽宁中医药大学第三附属医院、辽宁中医药大学第四附属医院院、南京市中医医院、中国中医科学院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属曙光医院、福建中医药大学附属人民医院、重庆市中医院、湖北省中医院、河北中医学院附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、中日友好医院、江苏省中医院、北京石景山中医医院、首都医科大学附属北京中医医院、山东中医药大学附属医院、河南中医药大学第三附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第二附属医院、广东省深圳市中医肛肠医院、湖南省中医院、广州中医药大学第一附属医院、陕西中医药大学附属医院、上海市中医医院、广西中医药大学第一附属医院、浙江大学医学院附属第一医院、北京市肛肠医院、河北省唐山市工人医院、西安市中医医院、山西省人民医院、四川大学华西医院、吉林大学白求恩第一医院、长春中医药大学附属医院、安徽省中医院、南方医科大学南方医院、四川省第二中医医院、青岛大学附属医院、山西中医药大学附属医院、福建中医药大学附属第二人民医院、北京市第一中西医结合医院、东大肛肠医院、北京中医药大学第三附属医院、江西中医药大学附属医院、内蒙古自治区中医医院、海口市中医医院、成都中医药大学附属医院、银川市中医医院、云南省第一人民医院、湖北省武汉市第八医院、浙江省人民医院、浙江省中医院、黑龙江省中医医院、福建省厦门市中医院、山东省德州市中西医结合医院。

本文件主要起草人：张燕生、贾小强、赫兰晔、崔春辉、韩宝、赵宝明、李华山、杨向东、王振彪、李迅、杜冠潮、田振国、于永铎、张虹玺、樊志敏、何丽云、贝绍生、曲牟文、曹永清、杨巍、石荣、徐月、林爱珍、高记华、曹波、李恒爽、刘仍海、张书信、王晏美、范学顺、史仁杰、任毅、赵炳会、李宇栋、史学文、刘佃温、张相安、席作武、梁靖华、王真权、孙锋、陈小朝、冯文哲、王琛、郭修田、孙平良、王金海、张玉茹、孙松朋、张学明、沙静涛、孙化中、何洪波、邰建东、杨铁铮、毛细云、李胜龙、毛红、赵刚、彭作英、孙怡、魏峰明、叶玲、张玉波、徐教仁、李建升、代红雨、李京向、赖象权、肖慧荣、高原、胡明、康健、杨云、李朝阳、刘锡铨、张振勇、唐迎春、俞立民、屠世良、周秀扣、王菁、陈刚、张桢、赵斌、郭延昭、吴才贤、朱美霖、陈雪、聂祥伶。

引　言

消痔灵注射液由我国著名中医肛肠专家史兆岐教授依据“酸可收敛、涩可固脱”的中医理论自主研发，至今临床应用四十余年。消痔灵注射疗法具有微创便捷、安全经济、疗效确切等优势，是我国独具原创特色、自主知识产权的肛肠微创注射技术，广泛应用于内痔、混合痔、直肠脱垂等疾病的治疗，已在全国各级医疗机构普及应用。随着临床应用范围不断扩大，目前尚缺乏统一、系统的标准化技术规范。长期以来，消痔灵注射疗法的临床研究与实践经验较为分散，在适应证与禁忌证界定、标准化操作流程、围手术期管理、疗效评价及随访体系等方面仍存在临床实施差异，一定程度上影响了该技术的同质化、规范化推广。

为系统梳理消痔灵注射疗法的循证依据，总结整合国内肛肠领域数十年临床实践经验，统一其临床应用全流程技术标准，规范诊疗行为，提升临床疗效与安全性，特组织国内中医肛肠、西医肛肠及循证医学领域专家共同编制本指南。本指南旨在为临床医师提供科学、权威、可落地的标准化诊疗依据，推动消痔灵注射疗法规范化、同质化、高质量发展。

本文件基于现有公开研究证据及行业专家共识形成，涵盖消痔灵注射疗法单用及相关联合治疗的临床应用建议，可为临床决策及技术推广提供参考。本文件将依据最新循证证据及临床实践进展适时修订更新。

消痔灵注射疗法临床应用指南

1 范围

本文件规定了消痔灵注射疗法的临床应用推荐意见及实施注意事项。

本文件适用于中医医院、中西医结合医院、西医综合医院、肛肠专科医院的肛肠科临床医师，针对符合消痔灵注射疗法适应证的患者开展临床治疗工作。

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 15657—2021 中医病证分类与代码

GB/T 16751.1—1997 中医临床诊疗术语 疾病部分

GB/T 16751.2—1997 中医临床诊疗术语 证候部分

3 术语和定义

GB/T 15657—2021、GB/T 16751.1—1997、GB/T 16751.2—1997、《国际疾病分类第十一次修订本（ICD-11）》界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

消痔灵注射疗法 xiaozhiling injection therapy

一种基于中医药“酸可收敛，涩可固脱”治疗法则，通过注射消痔灵注射液来治疗相关肛肠疾病的方法。

3.2

痔 hemorrhoids

内痔、外痔、混合痔的总称。

3.3

内痔 internal hemorrhoids

发生在肛门齿状线上方痔区，由肛垫病理性肥大、向下移位形成的突起物。

3.4

外痔 external hemorrhoids

位于肛门齿状线以下，肛管皮下静脉丛病理性扩张，或血栓形成，或结缔组织增生形成的突起物。

3.5

直肠脱垂 rectal prolapse

是指肛管、直肠黏膜、直肠全层和部分乙状结肠向下移位，脱出肛门外的一种疾病。

3.6

出口梗阻型便秘 outlet obstructive constipation

是一种以直肠或肛管排便功能障碍为核心的慢性便秘亚型。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

AGREE II：指南研究与评价工具II（appraisal of guidelines for research and evaluation II）

AGREE-China：中国临床实践指南评价体系（appraisal of guidelines for research and evaluation in China）

EtD：证据到决策框架（evidence to decision）

CI：置信区间（confidence interval）

GRADE：推荐意见分级的评估、制定与评价（grading of recommendations assessment, development and evaluation）

ICD-11：国际疾病分类第十一次修订本（international classification of diseases, 11th revision）

OOC：出口梗阻型便秘（outlet obstructive constipation）

PICOS：人群、干预、对照、结局、研究类型（population, intervention, comparison, outcome, study type）

PPH：吻合器痔上黏膜环切术（procedure for prolapse and hemorrhoids）

RCT：随机对照试验（randomized controlled trial）

RIGHT：卫生保健实践指南的报告条目（reporting items for practice guidelines in healthcare）

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

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

SoF：证据概要表（summary of findings）

5 推荐意见汇总

推荐意见见表 1。

表 1 推荐意见汇总

编号	推荐意见	推荐级别	证据质量
1	消痔灵注射疗法治疗痔的疗效如何？	强推荐	极低质量证据
2	消痔灵痔注射联合 PPH 术治疗痔的疗效及安全性如何？	弱推荐	极低质量证据
3	消痔灵痔注射联合 RPH 术治疗痔的疗效及安全性如何？	弱推荐	极低质量证据
4	消痔灵痔注射联合 TST 术治疗痔的疗效及安全性如何？	强推荐	极低质量证据

表 1 推荐意见汇总（续）

编号	推荐意见	推荐级别	证据质量
5	消痔灵痔注射联合外剥内扎术（Milligan-Morgan 术）的疗效及安全性如何？	强推荐	极低质量证据
6	消痔灵注射疗法治疗直肠脱垂的疗效及安全性如何？	弱推荐	极低质量证据
7	消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗直肠脱垂的疗效及安全性如何？	强推荐	极低质量证据
8	消痔灵注射疗法治疗出口梗阻型便秘的疗效及安全性如何？	弱推荐	极低质量证据
9	消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗出口梗阻型便秘的疗效及安全性如何？	强推荐	极低质量证据

6 推荐意见

6.1 临床问题 1：消痔灵注射疗法治疗痔的疗效

6.1.1 推荐意见

消痔灵注射疗法主要适用于保守治疗无效，出血为主的Ⅰ~Ⅲ度内痔，也可用于混合痔内痔部分的治疗。相比传统手术，术后疼痛、出血、肛门狭窄并发症发生率更低，住院时间短、费用更低，适合高龄、不耐受开放手术患者。证据质量：极低。专家调研结果：75%专家同意强推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法治疗痔安全且经济，基于专家共识，强推荐。详细证据内容见附录 A。

6.1.2 临床应用

6.1.2.1 适应证

消痔灵注射疗法操作简便、创伤小，适用于以出血、脱出为主要表现的内痔，尤其适合难以耐受手术的特定人群。凡符合下列任一情形者，可考虑采用消痔灵注射疗法治疗：

a) Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度内痔；
b) 静脉曲张性混合痔的内痔部分；
c) 高龄或合并心、肺、肝、肾等脏器疾病，难以耐受外科手术者；
d) 痔核巨大者：单纯注射疗效有限，宜联合其他术式综合处理。

6.1.2.2 禁忌证

凡属下列绝对禁忌证之一者，均不宜采用；存在相对禁忌证者，应在充分评估、权衡利弊后审慎选择。具体如下：

绝对禁忌证：

a) 外痔；
b) 合并直肠、肛周急性炎症病变者；
c) 合并有肛管直肠恶性肿瘤及不明原因便血者；
d) 对消痔灵注射液成分过敏；
e) 凝血功能障碍，抗凝、抗血小板药物未规范停用者；

f) 严重脏器功能不全，不能耐受操作者；

g) 妊娠、哺乳期女性。

相对禁忌证：

a) Ⅳ度内痔；

b) 合并顽固性便秘、慢性腹泻未控制，腹压持续升高者；

c) 肛管直肠既往手术史者；

d) 精神疾病无法配合操作者。

6.1.2.3 操作要点

采用截石位或左侧卧位，局部麻醉或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。

Ⅰ度内痔可行痔区黏膜下层注射；

Ⅱ～Ⅲ度内痔推荐四步注射法：

第一步痔上动脉区：齿状线上 2.0～2.5 cm，黏膜下层注药每点注射量约 1～2 ml；

第二步痔核黏膜下层：痔核中心进针，注药至痔核弥漫肿胀淡白为度，注射量约 3～5 ml；

第三步黏膜固有层：退针至黏膜固有层，单痔注射量约 1～2 ml；

第四步窦状静脉区：齿状线上 0.1～0.2 cm 基底注射，注射量约 1～3 ml，禁止注入齿状线以下肛管皮下。

注射总药量约 20～40 ml，依据痔核大小、数目个体化调整。每点推注前必须回抽确认无回血。注射完毕食指轻柔按摩使药液弥散。注射全程严格无菌操作，控制注射层次，禁止刺入肌层。

6.1.2.4 术后处理与并发症防控

术后卧床 1～2 天，适度控制排便 1～2 天，后续保持大便通畅、避免干结及过度努挣。术后密切观察肛门坠胀、疼痛、便血、体温变化等情况，及时识别早期异常征象。常见术后不良反应主要为暂时性肛门坠胀、排尿不畅及尿潴留，多可通过对症处理缓解。严重并发症包括注射部位黏膜溃疡、继发性大出血、肛管直肠狭窄、盆腔感染等。预防并发症的关键是，严格无菌操作，规范把握注射层次、精准控制给药剂量、避开肌层及齿状线下皮肤。

6.2 临床问题 2：消痔灵注射疗法联合 PPH 术治疗痔的疗效及安全性

6.2.1 推荐意见

消痔灵痔注射疗法联合 PPH 术治疗痔，与单用 PPH 术比较，恢复快，可降低 1～3 年复发率，减少术后吻合口出血、肛门坠胀等并发症。远期再手术率显著下降，肛门狭窄、吻合钉残留相关并发症无明显增加，安全性良好。证据级别：极低。专家调研结果：50%专家同意强推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵痔注射疗法联合 PPH 术治疗痔安全且经济，基于专家共识及证据，弱推荐。详细证据内容见附录 A。

6.2.2 临床应用

6.2.2.1 适应证

Ⅲ～Ⅳ度环状混合痔，以环形痔核及黏膜脱垂为主要表现，伴反复便血者。

6.2.2.2 禁忌证

同 6.1.2.2。

6.2.2.3 操作要点

采用截石位或左侧卧位，局部麻醉或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。

PPH 操作要点：置入肛管扩张器并固定，于齿状线上 3～4 cm 行黏膜下层荷包缝合；置入吻合器，收紧荷包，击发，保持闭合约 30 s 后退出吻合器；检查切除黏膜环完整性；吻合口活动性出血予可吸收线缝扎止血。

消痔灵注射液注射操作要点：完成 PPH 操作后进行消痔灵注射液注射操作。肛门镜直视下，注射位置限定于 PPH 吻合口上方 1～2 cm 直肠黏膜下层，母痔区 3、7、11 点位为主。每点扇形黏膜下层注射 2～4 ml，总药液量 6～12 ml。每点推注前必须回抽确认无回血。注射完毕后食指轻柔按摩注射区域，促进药液弥散。

6.2.2.4 术后处理与并发症防控

同 6.1.2.4。

6.3 临床问题 3：消痔灵注射疗法联合 RPH 术治疗痔的疗效及安全性

6.3.1 推荐意见

消痔灵注射疗法联合 RPH 治疗痔，与单用 RPH 术比较，术中出血更少，术后疼痛、肛门坠胀显著减轻，住院时间缩短，半年远期复发率降低，无肛门狭窄、失禁等严重并发症。证据级别：极低。专家调研结果：64.29%专家同意强推荐。结合临床经验和现有证据，考虑消痔灵注射疗法联合 RPH 治疗痔安全且经济，基于专家共识及证据，弱推荐。详细证据内容见附录 A。

6.3.2 临床应用

6.3.2.1 适应证

消痔灵注射疗法联合 RPH 术治疗痔，可在套扎处理主要痔核的同时，对余留痔核及松弛黏膜行硬化剂注射，二者协同增强疗效，尤其适合不耐受开放手术的患者。凡符合下列任一情形者，可考虑采用该联合术式：

a) Ⅱ～Ⅲ度内痔，反复便血伴轻度脱垂；
b) Ⅲ度混合痔以内痔部分为主，直肠黏膜松弛者；
c) 高龄、基础疾病多，不耐受开放手术的痔患者；
d) 单纯 RPH 术后复发的补救治疗。

6.3.2.2 禁忌证

同 6.1.2.2。

6.3.2.3 操作要点

采用截石位或左侧卧位，局部麻醉或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。

根据痔分布及脱垂情况，确定套扎点位。用备用的消痔灵稀释液在拟套扎内痔部分行黏膜下注射，注射后黏膜明显隆起，每点推注前必须回抽确认无回血。注射完毕后食指轻柔按摩注射区域，促进药液弥散。注射完成后再进行每个点位痔核套扎。一般在齿状线以上 1～2cm 处，位于痔核及黏膜，套扎后胶圈应完全位于齿状线上方。负压控制-0.08～-0.1 MPa，吸入痔核黏膜及黏膜下层，释放弹力线并收紧。多点套扎宜高低错位排布，同平面不宜超过 3 点，套扎点间保留不小于 1 cm 黏膜桥。有文献记载操作顺序不同，行套扎术后将消痔灵稀释液注射于被套扎痔核之间松弛的直肠黏膜下层或被套扎痔组织球内，每处约 1～3ml。

6.3.2.4 术后处理与并发症防控

同 6.1.2.4。

6.4 临床问题 4：消痔灵注射疗法联合 TST 术治疗痔的疗效及安全性

6.4.1 推荐意见

消痔灵注射疗法联合 TST 治疗痔，与单用 TST 术比较，可减少术中出血，降低术后疼痛、肛缘水肿、继发性出血发生率，减少术后 1 年复发率。证据级别：极低。专家调研结果：78.57%专家同意强推荐或有条件地推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法联合 TST 治疗痔安全且经济，基于专家共识，强推荐。详细证据内容见附录 A。

6.4.2 临床应用

6.4.2.1 适应证

Ⅲ～Ⅳ度环状混合痔、伴直肠黏膜松弛脱垂者。

6.4.2.2 禁忌证

同 6.1.2.2。

6.4.2.3 操作要点

采用截石位或左侧卧位，局部麻醉或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1：1 稀释备用。

依据痔核分布选用 TST 专用开孔肛门镜，齿状线上 2.5～3.5cm 行分段牵引缝合，置入 TST 吻合器，完成 TST 手术操作（略）；取备用消痔灵稀释液，于母痔区吻合口上方 1～2cm 行黏膜下层扇形注射，每点 1～2ml，一般总药量不大于 10ml。每点推注前必须回抽确认无回血。注射完毕后食指轻柔按摩注射区域，促进药液弥散。

6.4.2.4 术后处理与并发症防控

同 6.1.2.4。

6.5 临床问题 5：消痔灵痔注射疗法联合外剥内扎术治疗痔的疗效及安全性

6.5.1 推荐意见

消痔灵注射疗法联合外剥内扎术治疗痔，可减轻术后疼痛、肛缘水肿、创面渗出，缩短创面愈合时间，降低 1 年复发率。证据级别：极低。专家调研：67.86%专家同意强推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法联合外剥内扎术治疗痔安全且经济，基于专家共识，强推荐。详细证据内容见附录 A。

6.5.2 临床应用

6.5.2.1 适应证

消痔灵注射疗法联合外剥内扎术，可在外剥内扎处理外痔皮赘与痔核的同时，对余留痔核及黏膜下行硬化剂注射。适用于较重的混合痔及复发痔。凡符合下列任一情形者，可考虑采用该联合术式：

a) Ⅲ～Ⅳ 度环状混合痔、外痔皮赘明显、反复脱出、反复便血经保守治疗无效者；
b) 混合痔术后复发者；
c) 高龄合并基础疾病者。

6.5.2.2 禁忌证

同 6.1.2.2。

6.5.2.3 操作要点

采用截石位或左侧卧位，局部麻醉或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1：1 稀释备用。

首先于肛门镜下行内痔消痔灵四步注射（详见 6.1.2.3），随后于混合痔外痔部分做“V”字切口，

剥离至齿状线上 0.5 cm，内痔基底钳夹后缝扎，切除痔组织。

6.5.2.4 术后处理与并发症防控

同 6.1.2.4。

6.6 临床问题 6：消痔灵注射疗法治疗直肠脱垂的疗效及安全性

6.6.1 推荐意见

消痔灵注射疗法治疗直肠脱垂，与传统术式比较，近期疗效相当，术后并发症发生率、出血量、住院时间显著低于传统术式，远期复发率经混杂因素校正后与传统术式无统计学差异，安全性优势突出。消痔灵注射疗法更适宜于治疗直肠黏膜脱垂。证据级别：极低。专家调研：60.71%专家同意强推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法治疗直肠脱垂安全且经济，基于专家共识及证据，弱推荐。详细证据内容见附录 A。

6.6.2 临床应用

6.6.2.1 适应证

消痔灵注射疗法通过黏膜下注射硬化剂、固定松弛的直肠黏膜，适用于以黏膜脱出为主要表现的轻中度直肠脱垂，尤其适合不耐受开放手术的患者。凡符合下列任一情形者，可考虑采用该疗法：

a) 不完全性直肠脱垂；
b) 完全性直肠脱垂，高龄、基础疾病多不耐受开放手术者；
c) 直肠脱垂，拒绝开放手术、保守治疗无效者；
d) 直肠脱垂术后复发的补救治疗。

6.6.2.2 禁忌证

消痔灵注射疗法治疗直肠脱垂虽创伤小，但注射硬化剂存在局部坏死与过敏风险，须严格把握禁忌。凡属下列绝对禁忌证之一者，均不宜采用；存在相对禁忌证者，应在充分评估、权衡利弊后审慎选择。具体如下：

绝对禁忌：

a) 合并有肛门直肠周围急性感染，或有直肠溃疡糜烂者；
b) 合并肛管直肠恶性肿瘤，或尚未排除者；
c) 对消痔灵注射液药物成分过敏、凝血功能障碍者；
d) 妊娠哺乳期；
e) e）3 岁以下婴幼儿。

相对禁忌：

a) 重度完全性直肠脱垂、盆底疝、神经源性排便障碍；
b) 顽固性便秘未控制者；
c) c) 肛周广泛瘢痕形成者。

6.6.2.3 操作要点

采用截石位，腰麻或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 0.5%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。7～9 号长腰穿针备用。

第一步左侧骨盆直肠间隙注射：术者左手食指置于直肠内做引导，防止刺穿肠壁。右手持针于截石位 3 点位肛缘外 1.5 cm 穿刺，刺针应先平行肛管，经皮肤、皮下，至肛提肌，当通过肛提肌时有落空感，即进入骨盆直肠间隙。直肠内食指确认针尖位于骨盆直肠间隙，回抽无血，边退针边注入消痔灵注射液稀释液（也可根据病情选择消痔灵原液注射）约 10 ml，针尖离开骨盆直肠间隙停止注药；退针至皮下后，再次进针，针尖向后下 5 点位方向，刺入达骨盆直肠间隙，注射药物方法同

前；退针至皮下后，再次进针，针尖向上 1 点 位方向，刺入达骨盆直肠间隙，注射药物方法同前。药液在骨盆直肠间隙内形成三条扇形柱状带。

第二步直肠后间隙注射：更换腰穿针头及手套后，依前法在肛门后侧截石位 6 点肛门与尾骨间皮肤中点处，另一手食指入直肠壶腹作引导穿刺。进针约 9cm。证实针头未穿透直肠壁，未穿入骶骨前筋膜，活动于直肠壁后，即表示已达直肠后间隙，回抽无血，边退针，边注药，注入消痔灵注射液稀释液（也可根据病情选择消痔灵原液注射）约 10～15ml。

第三步右侧骨盆直肠间隙注射：9 点位肛缘外 1.5 cm 穿刺，操作同左侧。

第四步直肠黏膜下层注射：喇叭口直肠镜下，自齿状线上方至脱垂顶端，选取多平面、交错布点，行黏膜下层点状/柱状注射消痔灵注射液稀释液；每点注药 1～3 ml；注射完毕手指轻柔按摩，促使药液均匀扩散。总量约 40～80 ml，依据脱垂长度酌情调整。

6.6.2.4 术后处理与并发症防控

术后根据病情酌情应用抗生素；术后当日禁食或给予流食，控制排便 5 天，保持大便松软，避免久蹲。随访 3～12 个月评估脱垂恢复情况。

术后常见肛门坠胀、尿潴留，对症处理可缓解；精准把控注射层次，防范直肠穿孔、盆腔感染；控制注射剂量，避免直肠狭窄；严格无菌操作，降低感染风险。

6.7 临床问题 7：消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗直肠脱垂的疗效及安全性

6.7.1 推荐意见

消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗直肠脱垂有效率较高，可降低术后坠胀、尿潴留等并发症发生率，1 年复发率较单一术式显著下降，肛门控便功能保护较好。联合方案可提升治愈率，减少术后出血、盆腔感染风险。证据级别：极低。专家调研：89.29%专家同意强推荐或有条件地推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗直肠脱垂安全且经济，基于专家共识，强推荐。详细证据内容见附录 A。

6.7.2 临床应用

6.7.2.1 适应证

消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗直肠脱垂，适用于复发风险较高或需简化创伤的完全性直肠脱垂患者。凡符合下列任一情形者，可考虑采用该联合方案：

a) Ⅱ～Ⅲ 度完全性直肠脱垂，单纯手术复发风险较高者；
b) 高龄、基础疾病多，需简化手术创伤者；
c) 既往手术复发的补救治疗。

6.7.2.2 禁忌证

同 6.6.2.2。

6.7.2.3 操作要点

采用截石位，腰麻或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 0.5%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。

根据脱垂类型选择术式：黏膜脱垂联合 RPH 或 TST 或 PPH（具体操作要点略），完全性脱垂联合直肠悬吊固定术（具体操作要点略）；完成相关手术操作后，在直肠周围间隙、直肠黏膜下层多点注射备用的消痔灵稀释液。具体操作要点详见 6.6.2.3。

6.7.2.4 术后处理与并发症防控

同 6.6.2.4。

6.8 临床问题 8：消痔灵注射疗法治疗出口梗阻型便秘的疗效及安全性

6.8.1 推荐意见

消痔灵注射疗法治疗出口梗阻型便秘总有效率可达 85%～92%，可显著降低便秘评分，改善排便费力、不尽感，术后一过性肛门坠胀、尿潴留为轻微不良反应；该疗法适合高龄、不耐受外科手术患者，但重度直肠前突、盆底疝患者单用复发率偏高。证据级别：极低。专家调研：57.14%专家同意有条件推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法治疗出口梗阻型便秘安全且经济，基于专家共识及证据，弱推荐。详细证据内容见附录 A。

6.8.2 临床应用

6.8.2.1 适应证

消痔灵注射疗法适用于因直肠黏膜内脱垂、直肠前突等引起的出口梗阻型便秘，尤其适合保守治疗无效，或高龄不耐受手术，或拒绝外科手术，且经饮食、药物、生物反馈等保守治疗 3 个月以上无效的出口梗阻型便秘患者。

6.8.2.2 禁忌证

同 6.7.2.2。

6.8.2.3 操作要点

采用截石位，腰麻或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。

肛门镜下定位松弛黏膜、直肠前壁薄弱区，取备用消痔灵稀释液于黏膜下层多点扇形注射，每点 1～2ml，总药量不大于 15ml；直肠前突患者重点在直肠前壁黏膜下注射，严禁刺入肌层及阴道壁，避免环形大范围注射。

6.8.2.4 术后处理与并发症防控

术后 2～3 天控制排便，流质饮食，后续高膳食纤维饮食，保持大便松软，避免久蹲努挣；予坐浴、肛门栓剂对症处理，配合提肛训练。术后 8 周后复查排粪造影，随访 3～12 个月评估排便改善情况。

常见肛门坠胀、尿潴留，对症处理可缓解；严格无菌操作，严防感染；把控注射层次，严防发生直肠穿孔；控制剂量与注射范围，防范直肠狭窄；警惕药物过敏反应。

6.9 临床问题 9：消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗出口梗阻型便秘的疗效及安全性

6.9.1 推荐意见

消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗出口梗阻型便秘，总有效率可达 92%～96.6%，症状评分显著改善，术后疼痛、水肿、出血并发症较少，1 年复发率较单纯手术明显降低。RPH 套扎联合消痔灵注射疗法主要适用于直肠黏膜内脱垂，总有效率 96.6%，术后坠胀、出血风险低，基层可开展；TST 联合消痔灵注射疗法，相比 PPH、STARR 术，术后肛门狭窄、失禁并发症更少，1 年远期复发率显著降低，尤其适合女性直肠前突患者；PPH 联合消痔灵疗法适用于出口梗阻合并痔，手术时间短、创面愈合快，优于传统经阴道修补术；四联微创术（TST+RPH+直肠修补+消痔灵注射）针对重度女性出口梗阻型便秘，多维度纠正解剖异常，排便梗阻评分改善显著，疗效优于单一术式组合。证据级别：极低。专家调研结果：92.86%专家同意强推荐或有条件地推荐。结合临床经验和现有证据考虑消痔灵注射疗法联合西医常规术式治疗出口梗阻型便秘安全且经济，基于专家共识，强推荐。详细证据内容见附录 A。

6.9.2 临床应用

6.9.2.1 适应证

消痔灵注射疗法联合西医常规术式，可在手术矫正直肠前突、黏膜内脱垂等结构异常的同时，以注射硬化剂加强黏膜固定。适用于直肠黏膜内脱垂、中低位直肠前突所致出口梗阻型便秘患者，经 3 个月以上保守治疗无效、症状明显者。尤其是需同期处理肛肠病变，或高龄不耐受开放手术，或拒绝开放术式的出口梗阻型便秘患者。

6.9.2.2 禁忌证

同 6.7.2.2。

6.9.2.3 操作要点

采用截石位，腰麻或骶管麻醉，常规消毒。消痔灵注射液与 1%利多卡因注射液按 1∶1 稀释备用。

依据病情选择 RPH 套扎、TST 分段切除吻合、直肠前壁修补等术式（具体操作要点略）；完成相关手术操作后，取备用消痔灵注射液稀释液于直肠黏膜松弛及直肠前突薄弱区黏膜下层扇形多点注射，每点 1～2ml，总药量不大于 15ml。

6.9.2.4 术后处理与并发症防控

同 6.8.2.4。

7 实施注意事项

7.1 法律法规与资质要求

开展消痔灵注射疗法的医师应具备肛肠专科诊疗资质并接受规范化培训；医疗机构应具备相应诊疗条件、急救能力和并发症处理能力。

7.2 临床应用规范

实施前应明确诊断，排除结直肠肿瘤、急性感染、凝血功能障碍等禁忌情况；应根据疾病类型、严重程度、基础疾病和患者意愿制定个体化方案。

7.3 患者知情与随访

应向患者充分说明治疗原理、预期获益、替代方案和潜在风险，取得知情同意；建议建立术后随访流程，观察出血、感染、疼痛、复发及肛门功能变化。

7.4 并发症预防与处理

操作时应避免注射过浅或过深，注射后密切观察局部反应。出现出血、感染、黏膜坏死、狭窄等情况时，应及时采取有效处理措施。

附 录 A
（资料性）
推荐意见证据概要

A.1 临床问题 1

研究对象为内痔或混合痔患者，干预措施为消痔灵注射疗法、内镜下消痔灵注射、结肠镜下消痔灵注射术，对照措施为西医常规术式、其他非中药注射疗法、铜离子电化学疗法，共 17 个结局指标。疼痛方面，术后第 3 天疼痛（3 项 RCT，样本量 270）效应值 −0.28[−1.31, 0.74]，极低质量，两组无差异；术后第 7 天疼痛（1 项 RCT，样本量 210）效应值 −1.46[−1.66, −1.27]，极低质量，消痔灵注射能显著减轻疼痛。水肿与感染方面，术后第 3 个月水肿（样本量 93）效应值 3.49[0.38, 32.32]、术后感染（3 项，样本量 198）效应值 1.61[0.10, 26.54]、术后第 3 个月肛内硬结（样本量 93）效应值 2.39[0.21, 27.31]，均为极低质量且无差异；术后水肿消失时间（CCT，样本量 80）效应值 −4.16[−5.44, −2.88]，显著缩短。排尿与坠胀方面，术后 1 周尿潴留（2 项，样本量 178）效应值 0.10[0.01, 0.76] 显著减少；肛门坠胀（样本量 60）效应值 0.33[0.11, 0.55]、肛门坠胀评分（2 项 CCT，样本量 211）效应值 −2.18[−2.52, −1.83] 均显著改善。出血与脱出方面，术后第 7 天便血（样本量 60）效应值 0.40[0.14, 0.66]、便血（样本量 60）效应值 0.33[0.11, 0.55] 显著降低；术后肿痛（样本量 76）效应值 0.33[0.12, 0.94]、肛周不适（样本量 90）效应值 0.71[0.45, 0.97] 显著减轻；痔核脱出（样本量 90）效应值 0.79[0.54, 1.04] 与术后第 3 个月脱出（样本量 90，效应值 3.00[0.13, 71.74]，低质量）均无差异。复发方面，术后第 2 个月复发（样本量 216）效应值 2.89[0.55, 15.22] 无差异；术后第 3 个月复发（2 项 RCT，样本量 393）效应值 0.20[0.06, 0.70] 显著减少，而单项 CCT（样本量 61）效应值 5.58[0.61, 50.91] 无差异，两类研究结论不一致。不良事件为描述性报告：一项 CCT 分消痔灵组 31 例、外剥内扎组 30 例、消痔灵加外剥内扎组 17 例，三组术前术后心率血压变化均不大；两项前瞻性病例系列分别报告 62 例中 6 例、60 例中 4 例于注射当天出现 37～38℃低热。

A.2 临床问题 2

研究对象为内痔或混合痔患者，干预措施为消痔灵痔注射联合 PPH 术，对照措施为外剥内扎术、Milligan-Morgan 术、PPH 术、RPH 术、TST 术、铜离子电化学疗法、Ligasure 术，共 20 余个结局指标。恢复与疼痛方面，住院时间（5 项，样本量 547）效应值 −3.05[−6.89, 0.80]，极低质量，无显著差异；术后第 3 天与第 7 天疼痛（各 1 项，样本量 400）效应值均为 0.53[0.23, 0.83]，中等质量，结论为能显著减少疼痛。水肿、出血与瘙痒方面，水肿与出血（连续变量，各样本量 92）效应值 −0.21[−0.38, −0.04]，低质量，显著减少；出血（二分类，3 项，样本量 614）效应值 0.45[0.22, 0.94]，中等质量，显著减少；出血（3 项，样本量 350）效应值 −2.31[−2.58, −2.04] 亦显著减少；便中带血（样本量 113）效应值 0.12[0.03, 0.51]、切口渗血（样本量 113）效应值 0.12[0.03, 0.56] 显著减少；便血（样本量 80）效应值 0.64[−0.01, 1.29] 无差异。需要特别注意的是，肛门瘙痒（样本量 80）效应值 1.30[0.95, 1.65]，低质量，结论为对照组（西医常规术式等）能显著降低术后肛门瘙痒，即联合 PPH 组瘙痒风险偏高。排尿与坠胀方面，排尿困难（2 项，样本量 270）效应值 −0.81[−2.41, 0.79]、排尿困难二分类（样本量 72）效应值 0.64[0.28, 1.46] 均无差异；尿潴留（样本量 113）效应值 0.23[0.08, 0.64] 显著减少；坠胀（样本量 92）效应值

0.00[−0.13, 0.13]、肛门坠胀（样本量 80）效应值 0.71[0.25, 2.06] 无差异；肛门肿胀（样本量 113）效应值 0.41[0.20, 0.87] 显著减少。狭窄与疗效方面，肛门狭窄（2 项，样本量 513）效应值 0.44[0.01, 17.19] 无差异，但另一项（样本量 120）效应值 −1.70[−1.81, −1.59] 显著减少；疗效 1（6 项，样本量 920）效应值 1.03[1.01, 1.05]，极低质量，显著提高疗效，其标准为愈合指临床症状消失、肛门指诊及排粪造影正常、随诊两年以上无复发，显效指症状改善、脱垂减轻等；疗效 2（样本量 80）效应值 1.05[0.97, 1.15]、疗效 3（样本量 92）效应值 1.00[0.96, 1.04] 均无差异，三者疗效定义各不相同。描述性证据方面，一项前瞻性病例系列（样本量 30）术后 8 例出现肛门坠胀、3 例出血，有效率 100%。

A.3 临床问题 3

研究对象为内痔或混合痔患者，干预措施为消痔灵痔注射联合 RPH 术（套扎术），对照措施为外剥内扎术、Milligan-Morgan 术、PPH 术、RPH 术、TST 术、铜离子电化学疗法、Ligasure 术，共约 20 个结局指标。住院与愈合方面，住院时间（5 项，样本量 704）效应值 −1.18[−1.36, −1.01]、愈合时间（3 项，样本量 288）效应值 −0.64[−0.88, −0.40]，均为极低质量但显示显著缩短。疼痛方面，术后第 3 天（2 项，样本量 140）效应值 −1.07[−2.08, −0.06] 显著减轻；术后第 7 天（3 项，样本量 360）效应值 −0.07[−0.07, −0.06] 显著减轻；但二分类的术后第 3 天疼痛（样本量 80）效应值 0.13[0.01,2.65]，低质量，无差异。出血方面，术后出血（3 项，样本量 413）效应值 −0.91[−1.21, −0.61]、术后第 1 天出血（样本量 60）效应值 −0.68[−0.73, −0.63]、便血（2 项，样本量 153）效应值 −1.45[−1.55, −1.35] 均显著降低；术后 3 个月便血（样本量 160）效应值 −0.05[−0.47,0.37] 无差异。水肿、脱出与坠胀方面，肛缘水肿（样本量 74）效应值 −1.05[−1.42, −0.68] 显著减轻；痔核脱出（样本量 120）效应值 −0.03[−0.25,0.19] 无差异；肛门坠胀（样本量 60）效应值 −0.43[−0.75, −0.11] 显著减轻，而二分类肛门坠胀（样本量 400）效应值 0.20[0.02,1.69] 无差异；尿潴留（3 项，样本量 240）效应值 −0.13[−0.24, −0.01] 显著减少。狭窄、复发与疗效方面，肛门狭窄（样本量 100）效应值 0.33[0.01,8.21]、内痔或混合痔复发（2 项，样本量 200）效应值 0.32[0.06,1.62] 均无差异；疗效 1（4 项，样本量 472）效应值 1.02[0.96,1.09]、疗效 2（样本量 60）效应值 1.07[0.96,1.20]、第 24 周疗效（样本量 80）效应值 1.19[0.99,1.44] 均无差异，三种疗效判定分别引自 1995 年《中医病证诊断疗效标准》、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）》及国家中医药管理局制定的标准。描述性证据方面，一项前瞻性病例系列（样本量 60）平均住院 14 天、术后 3 个月 1 例出现肛门下坠；样本量 128 的研究显示便血评分由 1.87±0.66 降至 0.62±0.72、水肿由 2.09±0.99 降至 1.04±0.68、痔核脱出由 2.43±0.65 降至 1.34±0.76，术后 1～3 个月 15 例出现肛门坠胀或急便感；样本量 35 的研究显示大便失禁由 2.51±2.08 变为 2.69±1.98、便秘由 5.57±3.31 变为 5.66±3.19，均未见改善。

A.4 临床问题 4

研究对象为内痔或混合痔患者，干预措施为消痔灵痔注射联合 TST 术，对照措施为外剥内扎术、Milligan-Morgan 术、PPH 术、RPH 术、TST 术、铜离子电化学疗法、Ligasure 术，共约 17 个结局指标。疼痛方面，总体疼痛（3 项，样本量 448）效应值 −2.73[−3.44, −2.01]，低质量，显著减轻；术后第 3 天（2 项，样本量 160）效应值 −0.41[−0.77, −0.05] 显著减轻，术后第 7 天（2 项，样本量 160）效应值 −0.25[−0.59,0.10] 无显著差异；二分类疼痛（样本量 60）效应值 0.50[0.10,2.53] 无差异。水肿与坠胀方面，水肿（样本量 100）效应值 −0.50[−0.61, −0.39]、水肿二分类（样本量 118）效应值 0.25[0.07,0.84] 均显著减轻；肛门坠胀（3 项，样本量 278）效应值 0.50[0.25,0.98] 显著减轻，另一项连续变量（样本量 60）效应值 0.03[−0.27,0.34] 无差异。排尿与感染方面，尿潴留（样本量 80）效应值 0.20[−0.04,0.44] 无差异，二分类尿潴留（3 项，样本量 318）效应值 0.34[0.18,

0.68] 显著减少；感染（4 项，样本量 418）效应值 0.46[0.22, 0.97]，中等质量，显著减轻。出血、狭窄与复发方面，出血（2 项，样本量 178）效应值 0.40[0.21, 0.79] 显著减轻；肛门狭窄（5 项，样本量 420）效应值 0.14[0.02, 1.14] 无差异；复发（2 项，样本量 200）效应值 1.46[0.27, 7.82] 无差异。住院与治愈时间方面，住院时间（3 项，样本量 390）效应值 −2.71[−5.75, 0.32]、治愈时间（2 项，样本量 160）效应值 −0.92[−2.57, 0.74] 均无差异。疗效方面，疗效 1（样本量 100）效应值 1.06[0.98, 1.15] 无差异，标准为痊愈指症状消失、痔体消失，显效指症状改善、痔体缩小；疗效 2（3 项，样本量 260）效应值 1.11[1.03, 1.20]，极低质量，原文结论仍表述为两组没有差异，与所报效应值区间存在表述上的不一致，引用时应回查原始研究。描述性证据方面，一项 RCT（样本量 60）肛门功能失禁与创面感染两组均未发生、两组有效率均 100%；一项前瞻性病例系列（样本量 20）术后有效率 100%。

A.5 临床问题 5

研究对象为内痔和（或）混合痔患者，干预措施为消痔灵痔注射联合外剥内扎术或 Milligan-Morgan 术，对照措施为外剥内扎术、Milligan-Morgan 术、PPH 术、RPH 术、TST 术、铜离子电化学疗法、Ligasure 术，共 40 余项结局指标。疼痛方面，疼痛（5 项 RCT，样本量 430）效应值 −0.96[−1.45, −0.48]、术后第 3 天（3 项，样本量 264）效应值 −2.53[−4.34, −0.71]、术后第 7 天（8 项，样本量 1018）效应值−1.06[−1.57, −0.55]、疼痛二分类（3 项，样本量 236）效应值 0.20[0.08, 0.55]，以及非随机对照（样本量 80）效应值−5.52[−5.72, −5.32]、非随机二分类（样本量 350）效应值 0.23[0.14, 0.38]，方向全部为显著减轻疼痛。时间类指标方面，住院时间（10 项，样本量 888）效应值 −3.01[−4.00, −2.03]、愈合时间（24 项，样本量 2886）效应值−4.17[−5.31, −3.02]、症状消失时间（样本量 78）效应值 −3.47[−3.97, −2.97]，另有非随机对照（样本量 240）效应值−5.52、队列研究（样本量 60）效应值 −5.40、单项 RCT（样本量 100）效应值 −1.99，均显著缩短。水肿类指标方面，水肿（2 项，样本量 337）效应值 −0.74[−1.65, 0.18]、肛缘水肿（2 项，样本量 168）效应值 −0.47[−0.95, 0.02]、创缘水肿二分类（11 项，样本量 1612）效应值 0.52[0.24, 1.14] 均无差异；而创缘水肿连续变量（3 项，样本量 620）效应值 −0.37[−0.66, −0.08]、水肿二分类（回顾性队列研究 10 项，样本量 1180）效应值 0.18[0.12, 0.27]（中等质量）、肛缘水肿（5 项，样本量 666）效应值 0.33[0.20, 0.54]、肛门水肿（5 项，样本量 899）效应值 0.28[0.18, 0.44]、无肛缘水肿（样本量 360）效应值 3.38[2.18, 5.25] 均提示水肿更少。坠胀与出血方面，肛门坠胀二分类（7 项，样本量 931）效应值 0.45[0.27, 0.73]、肛门坠胀（4 项，样本量 728）效应值 −1.13[−2.20, −0.06]；术后出血（11 项，样本量 1446）效应值 −0.90[−1.02, −0.78]、术后出血二分类（2 项，样本量 192）效应值 0.18[0.04, 0.86]、出血二分类（20 项，样本量 3264）效应值 0.35[0.24, 0.51]（中等质量）均显著减少，而出血连续变量（2 项，样本量 158）效应值 −0.22[−0.45, 0.01]、术后 6 个月出血（样本量 220）效应值 0.28[0.07, 1.05]、1 年出血（样本量 76）效应值 0.32[0.03, 3.18]、便血（3 项，样本量 656）效应值 0.96[0.65, 1.43]（中等质量）无差异。其他并发症方面，小便困难（样本量 76）效应值 0.23[0.02, 2.16]、大便带血（样本量 80）效应值 0.81[0.34, 1.98]、术后痔核脱落出血（样本量 140）效应值 0.14[0.01, 2.70]、并发肛裂（样本量 200）效应值 0.19[0.02, 1.67]、排尿困难（2 项，样本量 282）效应值 0.33[0.03, 3.20]、切口开裂（样本量 82）效应值 0.33[0.01, 8.22]、肛门赘皮（样本量 200）效应值 0.66[0.11, 4.04]、肛镜下直肠黏膜充血（样本量 140）效应值 3.09[0.31, 30.45] 均无差异；脱垂分级中，便时痔核不脱出（样本量 60）效应值 4.33[1.20, 15.61] 显著增加，脱垂轻度、中度、重度（各样本量 60）效应值分别为 0.20、0.64、0.32，均无差异。痔残留与感觉方面，痔残留（3 项，样本量 438）效应值 0.06[0.02, 0.21]（中等质量）、术后残留（样本量 180）效应值 0.31[0.14, 0.67]、感觉异常（样本量 108）效应值 0.02[0.00, 0.29]、肛门不适连续变量（样本量 60）效应值 −0.50[−0.95, −0.05] 均显著减少，肛门不适二分类（样本量 60）效应值 0.20[0.04, 1.02] 无差异。尿潴留方面，12 项 RCT（样本量 1268）

效应值 0.35[0.21, 0.57]（中等质量）显著减少，而 2 项（样本量 257）效应值 −0.16[−0.40, 0.08]、队列研究（样本量 60）效应值 0.22[0.02, 2.14] 无差异。狭窄方面，肛门狭窄（22 项，样本量 2815）效应值 0.16[0.10, 0.26]（中等质量）显著减少；单篇（样本量 177）效应值 −0.02[−0.08, 0.04]、1 年肛门狭窄（样本量 480）效应值 0.09[0.00, 1.62]（中等质量）、3 个月狭窄轻度（样本量 80）效应值 0.32[0.03, 3.18]（中等质量）、重度（样本量 80）效应值 0.33[0.01, 8.22] 均无差异。复发方面，复发（9 项，样本量 1049）效应值 0.15[0.09, 0.25]（中等质量）、复发混合痔（5 项，样本量 542）效应值 0.12[0.04, 0.34]（中等质量）显著减少；三个月复发（3 项，样本量 248）效应值 0.19[0.02, 1.66]、复发出血（3 项，样本量 890）效应值 0.33[0.01, 8.22]（中等质量）、复发脱出（3 项，样本量 1143）效应值 0.46[0.19, 1.16] 无差异。疗效方面，疗效 1（样本量 117）效应值 0.02[−0.08, 0.12] 无差异；疗效 2（6 项，样本量 1248）效应值 1.02[1.00, 1.04]、疗效 3（30 项，样本量 3521）效应值 1.08[1.07, 1.10]（中等质量）、疗效 4（2 项，样本量 700）效应值 1.11[1.07, 1.15] 均显示显著提高疗效。

A.6 临床问题 6

研究对象为直肠脱垂患者，干预措施为消痔灵注射疗法，对照措施为西医常规术式，共 9 个结局指标。疼痛（样本量 80）效应值 0.10[−0.05, 0.25]、住院时间（样本量 80）效应值 0.77[−0.07, 1.60]、愈合时间（样本量 80）效应值 1.00[−0.28, 2.28]，均为低质量、无差异；疗效二分类（样本量 80）效应值 0.03[0.00, 0.49] 显著提高疗效。队列研究（样本量 116）显示术后第 7 天疼痛效应值−1.12[−1.24, −1.00]、瘙痒−0.24[−0.26, −0.22]、便血−0.41[−0.43, −0.39]、水肿−0.34[−0.38, −0.30] 均显著减少（极低质量），而该队列的疗效二分类（样本量 116）效应值 0.40[0.13, 1.24] 无差异。描述性证据较丰富：一项前瞻性病例系列（样本量 63）治疗前 7 例轻度、40 例中度、16 例重度脱垂，治疗后均无脱垂；肛门疼痛由 55 例正常、5 例坠痛不适、3 例持续疼痛改善为 61 例正常、2 例持续疼痛，另一项（样本量 35）由 19 例正常、12 例坠痛、4 例疼痛变为 17 例正常、16 例坠痛、2 例疼痛；肛门分泌物由 28 例降至 9 例；便秘由 8 例降至 4 例；便血由 16 例降至 0 例；复发方面样本量 63 的研究在第 3、6、9、12、24 个月分别有 3、2、1、2、4 例复发，样本量 84 的研究第 6 个月 2 例出现少许复发；疗效方面样本量 63 的研究 63 例有效、2 例无效，样本量 35 的研究 32 例有效、3 例无效；不良反应报告较为具体，样本量 63 的研究中 16 例下腹痛、2 例上腹痛、1 例便秘、4 例术后腹泻、9 例发热、2 例尿潴留、1 例阳痿、1 例直肠溃疡，样本量 35 的研究中 1 例出现一过性血压心率下降。

A.7 临床问题 7

研究对象为直肠脱垂患者，干预措施为消痔灵注射疗法联合西医常规术式，对照措施为西医常规术式，共约 25 个结局指标。阳性结果集中在早期疼痛与脱垂：术后第 3 天疼痛（样本量 82）效应值 −3.05[−3.50, −2.60]、术后第 7 天疼痛（样本量 82）效应值 −2.12[−2.53, −1.71]（均极低质量）、术后脱垂（CCT，样本量 31）效应值−1.00[−1.17, −0.83]（低质量）均显著改善。其余多为无差异：术后肛门坠胀（样本量 31）效应值 0.00[−0.27, 0.27]、术后便秘（样本量 31）效应值 0.00[−0.21, 0.21]、术后出血（样本量 82）效应值 0.30[0.09, 1.01]、直肠脱垂复发（队列研究，样本量 62）效应值 1.88[0.18, 19.63]；疗效 1（样本量 82）效应值 1.03[0.94, 1.12]、疗效 2（样本量 88）效应值 1.04[0.90, 1.21]、疗效 3（样本量 40）效应值 1.36[1.00, 1.84]、疗效 4（队列研究，样本量 62）效应值 1.36[1.00, 1.84]、疗效 5（队列研究，样本量 115）效应值 0.91[0.81, 1.01] 均无差异，各研究采用的疗效标准不同，包括按症状评分较治疗前减少 75%、50%、25% 分级，以及按疗效指数分级等。随访指标（单项队列研究，样本量 62）在半年与一年时点的肛门失禁、肛门功能明显下降、肛门功能轻度下降、排便障碍、吻合口狭窄、肛门狭窄、肛门坠胀、排尿障碍等，效应值介于 0.31～2.81，全部无差异。描述性证据方面，同一队列中肛门下坠感、排便不尽感、潮湿瘙痒感、肛门功能的中位数与四分位区间在

试验组与对照组基本一致（多为 0[0，2]）；前瞻性病例系列报告的住院时间分别为 17.4 天（样本量 16）和 20±2 天（样本量 32）；5 项前瞻性病例系列（合计样本量 119）报告临床有效率均为 100%；复发方面两项合计样本量 31 无复发，另一项样本量 17 中 14 例 1 年以上无复发、3 例失访；并发症包括 1 例吻合口局部裂开并发狭窄导致排便困难、5 例下腹轻微坠痛、4 例环缩缝线异物反应、8 例轻微坠胀感。

A.8 临床问题 8

研究对象为直肠前突、直肠黏膜内脱垂、直肠黏膜内套叠及出口梗阻型便秘患者，干预措施为消痔灵注射疗法，对照措施为西医常规术式，共 5 个结局指标。需缝扎止血（样本量 220）效应值 0.02[0.00, 0.25]、肛门坠胀（样本量 220）效应值 0.03[0.00, 0.50] 均显著降低（极低质量）；住院时间（3 项，样本量 312）效应值 −1.38[−3.10, 0.33]、疗效 1（2 项，样本量 282）效应值 0.40[0.14, 1.10]（标准为 1994 年《中医病证诊断疗效标准》的痊愈、显效、有效、无效四级）、疗效 2（样本量 52）效应值 −1.05[−2.69, 0.59]（按排便次数、排便时间、肛门坠胀、黏液血便、泻药服用情况以 0～3 分计分）均无差异。描述性证据方面，一项 RCT 报告肛门坠胀感第 4 周试验组中位数为 0.00（0.00，1.00）对照组为 1.00（0.00，1.00），第 8 周两组均为 0.00（0.00，1.00）；直肠排空不尽感第 4 周试验组 0.00（0.00，1.00）对照组 0.00（0.00，0.75），第 8 周试验组 0.00（0.00，1.00）、对照组 0.00（0.00，0.00）；一项前瞻性病例系列（样本量 60）排便困难指数由术前 3.45±0.53 降至术后 0.87±0.72，差异有统计学意义（P＜0.05）。

A.9 临床问题 9

研究对象为直肠前突、直肠黏膜内脱垂、直肠黏膜内套叠及出口梗阻型便秘患者，干预措施为消痔灵注射疗法联合西医常规术式，对照措施为西医常规术式，共 30 余项结局指标。早期症状与疼痛方面，术后第 3 天疼痛（样本量 60）效应值 −1.13[−2.12, −0.14]、术后疼痛二分类（10 项，样本量 706）效应值 0.44[0.24, 0.79]、便后肛门坠胀（样本量 66）效应值 −0.31[−0.38, −0.24]、肛门阻塞（样本量 66）效应值 −0.29[−0.36, −0.22]、便秘（样本量 60）效应值 −1.93[−3.63, −0.23]、排便困难（7 项，样本量 480）效应值 −0.66[−1.02, −0.30]、肛门坠胀（8 项，样本量 626）效应值 0.45[0.29, 0.70] 均显著改善；住院时间（5 项，样本量 376）效应值 −2.27[−3.85, −0.70]、复发（2 项，样本量 170）效应值 0.13[0.02, 0.98] 显著减少。并发症方面，术后感染（6 项，样本量 422）效应值 0.22[0.06, 0.77]、术后出血（10 项，样本量 740）效应值 0.20[0.09, 0.43] 显著减少；而术后坠胀（3 项，样本量 224）效应值 0.32[0.03, 3.16]、尿潴留（样本量 60）效应值 0.80[0.22, 2.97]、排尿障碍（4 项，样本量 290）效应值 0.59[0.31, 1.12]、肛管狭窄（2 项，样本量 170）效应值 0.27[0.06, 1.16]、术后大出血（样本量 60）效应值 0.19[0.01, 4.06]、肿胀出血（样本量 66）效应值 0.13[0.01, 2.62]、肛门失禁（样本量 100）效应值 0.33[0.01, 8.21]、另一组尿潴留（样本量 60）效应值 0.77[0.19, 3.20] 均无差异。队列研究补充显示，肛门坠胀连续变量（样本量 60）效应值−0.59[−0.65, −0.53]、住院时间（样本量 122）效应值 −7.29[−8.44, −6.14]、阴道狭窄（样本量 122）效应值 0.04[0.00, 0.71]、阴道疼痛（样本量 122）效应值 0.05[0.01, 0.36] 显著改善；而疼痛（样本量 60）效应值 1.13、肛门坠胀二分类（样本量 98）效应值 0.67、感染（2 项，样本量 220）效应值 0.22、直肠阴道瘘（样本量 122）效应值 0.30、出血（样本量 60）效应值 1.00、尿潴留（样本量 98）效应值 0.33、复发（样本量 60）效应值 0.33 均无统计学差异。疗效共 7 组：疗效 1（3 项，样本量 156）效应值 1.12[1.01, 1.24]、疗效 4（11 项，样本量 759）效应值 1.16[1.11, 1.22]、疗效 7（队列研究 3 项，样本量 280）效应值 1.10[1.03, 1.18] 显著提高；疗效 2（2 项，样本量 132）效应值 1.05[0.97, 1.14]、疗效 3（样本量 60）效应值 1.17[0.93, 1.48]、疗效 5（3 项，样本量 184）效应值 −0.28[−0.81, 0.25] 无差异，各组标准包括 1999 年潍坊研讨会发布的直肠前突诊断疗效标准、症状体征与创面愈合分级、疗效指数分级以

及排便困难与坠胀等 0～3 分计分法。描述性证据方面，一项 RCT 分项比较显示排便困难程度（Z=2.430，P=0.005）、排便平均时间（Z=2.430，P=0.005）、便后不尽感（Z=1.968，P=0.02）术后舒适度（Z=1.837，P=0.020）均为联合组更优，而疼痛（P=0.657）、术后出血（P=0.519）无差异；另一项 RCT 中试验组与对照组各 1 例出现挂线处轻度感染；3 项 RCT（样本量 199）术后两组均无复发；前瞻性病例系列报告 9/63 例术后尿潴留、平均住院 12.7 天、体温低于 37.5℃ 的发热 17 例、排便不尽感由术前 0.7258±0.1175 降至术后 0.1637±0.0641；复发方面样本量 10、52 的研究均无复发，样本量 36 的研究中 1 例直肠前突复发；3 项合计样本量 109 的有效率均为 100%。

参考文献

[1] 史兆岐. “消痔灵注射液”治疗三期内痔的体会[J].中医杂志，1980，(7): 24-26.

[2] 史兆岐. 明矾液注射疗法治疗成人完全性直肠脱垂的研究[J].中医杂志，1981,(10):28-31.

[3] 史兆岐. 消痔灵注射疗法治疗内痔[M]. 人民卫生出版社，1985.

[4] 韩宝，史兆岐，韩淑清，等. 消痔灵注射治疗完全性直肠脱垂 252 例[J]. 人民军医，1996(12): 21-22.

[5] 史兆岐。 消痔灵四步注射法治疗III、IV期痔–闭塞直肠上动脉分支和痔硬化消失法[J]. 中国中西医结合杂志，1998，(4): 201-203.

[6] 韩宝，史兆岐. 消痔灵注射治疗直肠前突综合征 44 例[J]. 人民军医，1999，(10): 576-577.

[7] 史兆岐. 中国硬化疗法[M]. 中国中医药出版社，2010.

[8] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline developmen t, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010 Dec 14; 182(18): E839-42.

[9] World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd ed. World Hea lth Organization; 2014. Accessed June 1, 2025.

[10] Norris SL, Meerpohl JJ, Akl EA, et al. The skills and experience of GRADE methodolo gists can be assessed with a simple tool. J Clin Epidemiol. 2016 Nov; 79: 150-158.

[11] Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, et al. Guideline panels should seldom mak e good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. J Clin Epidemiol. 2016 D ec; 80: 3-7.

[12] 王吉耀，王强，王小钦，等. 中国临床实践指南评价体系的制定与初步验证[J]. 上海医学，2018，41(6): 321-326.

[13] 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.

[14] 中国医师协会肛肠医师分会，中华医学会外科学分会结直肠外科学组. 痔注射治疗中国专家共识(2023 版)[J]. 中华胃肠外科杂志，2023，26(12): 1103-1111.

[15] 张婷婷，史学文，庄浩岩. 消痔灵注射液治疗内痔 Meta 分析[J]. 中国民间疗法，2024，32(06): 79-83.

[16] 谢刚，罗金娥，苏其玲，等。 改良自动弹力线痔套扎术联合消痔灵注射液治疗III度痔临床疗效的随机对照研究[J]. 中华消化外科杂志，2024，23(12): 1538-1543.

[17] 蒋玲，余腾江，杨向东，等. 结肠镜引导下消痔灵硬化剂注射治疗内痔 93 例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志，2022，42(03): 4-6.

[18] 李春雨. 肛肠外科手术学[M]. 人民卫生出版社，2020.

[19] 张东铭. 大肠肛门局部解剖与手术学[M]. 安徽科学技术出版社，2016.

[20] 胡玉超，仲超祥，江飞，等. 改良 PPH 结合消痔灵注射治疗混合痔的临床疗效[J]. 中国肛肠病杂志，2017，37(02): 20-22.

[21] 朱翔，邓丽云. PPH 联合消痔灵治疗冠脉支架植入术后患者内痔出血的临床研究[J]. 中医临床研究，2019，11(17): 126-128.

[22] 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.

[23] 王志颖，陈航，刘子号，等. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术联合消痔灵注射治疗混合痔的远期疗效比较[J]. 中国临床医生杂志，2022，50(7): 854-857.

[24] 张永刚，谷云飞. 消痔灵注射术与 PPH 术治疗环状混合痔的疗效比较[J]. 中国现代手术学

杂志, 2007, 11(4): 296-298.

[25] 项电巅，王绍臣. 开环式 PPH 术后肛门功能及排便情况的临床研究[J]. 中国医师杂志, 2013, 15(11): 1561-1563.

[26] 邢时静，毛细云，王宏昌，等。 RPH-4 联合消痔灵注射治疗I～III期内痔的临床疗效[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(10): 2039-2043.

[27] 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.

[28] 韩冰冰，胡家兴. 自动弹力线痔疮套扎器(RPH-4)的应用[J]. 医疗装备, 2016, 29(15): 35-36.

[29] 许瑞云，凌云彪，林楠，等. 自动痔疮套扎术(RPH)治疗轻中度痔疮[J]. 岭南现代临床外科, 2006(03): 165-166.

[30] 施兴峰，邓露曦. 消痔灵注射液联合 TST 对混合痔患者的效果及肛肠动力分析[J]. 锦州医科大学学报, 2019, 40(3): 48-51.

[31] 刘东锋，徐云峰，刘志军，等. TST 联合消痔灵注射术与 M-M 术治疗混合痔的效果观察[J]. 内蒙古医科大学学报, 2024, 46(5): 477-479,484.

[32] 于永铎，尹玲慧，姚秋园，等. TST 术联合消痔灵注射治疗直肠黏膜脱垂临床疗效观察与评价[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(01): 10-12.

[33] 崔国策，焦霞，张株惠，等. 消痔灵固脱注射疗法治疗完全性直肠脱垂的远期疗效：一项真实世界队列研究[J]. 中华临床医师杂志（电子版）, 2025, 19(6): 440-445..

[34] 中华中医药学会肛肠分会. 消痔灵注射治疗直肠脱垂诊疗规范[M]. 中国中医药出版社, 2018.

[35] 中国医师协会肛肠医师分会，中国医师协会肛肠医师分会盆底外科专业委员会，中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 直肠脱垂外科诊治中国专家共识（2022 版）[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(12): 1081-1088.

[36] 智建文，李华山，杨祎，等. 消痔灵注射液配合补中益气汤治疗直肠黏膜内脱垂疗效评价[J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(07): 948-950.

[37] 柯敏辉，李雪玉，黄淑妍，等。 基于α-SMA、TGF-β1、SphK1 与 S1P 研究消痔灵注射治疗直肠黏膜内脱垂的机制[J]. 中国肛肠病杂志, 2025, 45(05): 1-7.

[38] 中华中医药学会肛肠分会. 痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(4): 42-43.

[39] 张东铭. 盆底肛直肠外科理论与临床[M]. 人民军医出版社, 2011.

[40] 袁明，李朝阳，郑媛，等. “袖套式缩肛”联合消痔灵注射治疗直肠脱垂的临床研究[J]. 中国肛肠病杂志, 2026, 46(4): 16-20.

[41] 赖素玉，陈铭杰，阮梦怡，等. 消痔灵注射液联合经会阴手术疗法治疗直肠脱垂有效性和安全性的 meta 分析[J]. 中国医药导报, 2023, 20(19): 95-99.

[42] 韩宝. 消痔灵注射固脱技术临床应用规范[M]. 中国中医药出版社, 2018.

[43] 杨祎，李峨，冯丽鹏，等. 消痔灵注射液直肠黏膜下弥散注射治疗直肠低敏感性便秘的效果观察[J]. 中国医药, 2025, 20(11): 1707-1710.

[44] 柯敏辉,郑鸣霄. 加味补中益气汤口服结合消痔灵注射治疗 IRP 型排便困难临床研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(19): 131-133.

[45] 梅君蔓，高记华，田茂生，等. 经肛门手术治疗出口梗阻型便秘研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(01): 140-144.

[46] 杜永亮，李韩. PPH 术联合消痔灵注射在非动力型出口梗阻型便秘治疗中的临床效果观察

[J]. 中国实用医药, 2023, 18(24): 41-45.

[47] 陆文洪，李鑫磊，罗雯鹏，等. “切”“补”“套”“注”四联术治疗女性出口梗阻型便秘的临床疗效评价[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(10): 1635-1639.

[48] 叶鹏飞，张晓辉. PPH 术加消痔灵注射治疗直肠前突的临床研究[J]. 中国实用医药, 2016, 11(10): 178-179.

[49] 胡献方，高连刚. 改良 TST 联合消痔灵注射治疗混合痔合并出口梗阻型便秘的效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2023, 43(10): 24-27.

[50] 张远，廖松林，马述仕，等. “消痔灵注射液”的实验研究[J]. 中医杂志, 1980, 21(7): 69-71,81.

[51] 温小一，张羽. 外剥内扎切口缝合加消痔灵注射术治疗环状混合痔的临床观察[J]. 北京医学, 2007, 29(8): 481-483.

[52] 吴杰明，赵辉，何建文. 痔上黏膜套扎法联合消痔灵注射治疗内痔的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2008, 28(6): 32-33.

[53] 郁俊文，张发宏，高峰，等. PPH 加消痔灵注射治疗重度痔的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2009, 29(12): 30-31.

[54] 李春耕，李洪涛. 消痔灵注射术和内扎外切术联合应用治疗混合痔疗效观察[J]. 河北医药, 2010, 32(8): 939-940.

[55] 李兴东，丛樾，曾宪东. 内扎外切缝合术联合消痔灵注射治疗混合痔的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2011, 31(10): 25-26.

[56] 张升涛，曾莉. 完全性直肠脱垂三联疗法疗效观察[J]. 中国综合临床, 2011, 27(6): 635-636.

[57] 董佳容，毛旭明，周阿高，等. RPH 联合消痔灵注射治疗痔病 80 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(16): 308-311.

[58] 黎民钦，梁智.PPH 结合改良外剥内扎注射术治疗环状混合痔疗效观察[J].结直肠肛门外科, 2014(4): 254-256.

[59] 郑少康，杜刚毅，林锡芬，等. 痔上黏膜套扎术结合痔动脉区消痔灵注射术治疗混合痔的临床疗效[J]. 中国肛肠病杂志, 2014, 34(4): 26-28.

[60] 董佳容，毛旭明，李琰. 自动痔疮套扎术联合消痔灵治疗痔病 128 例[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(2): 62-64.

[61] 周启昌，叶辉，龚治林，等。 自动痔疮套扎术联合消痔灵注射液治疗Ⅱ～Ⅳ度内痔的临床观察[J]. 国际中医中药杂志, 2014, 36(4): 352-353.

[62] 罗江伟，岑立成，甘能中，等. TST 联合消痔灵注射液治疗混合痔的效果观察[J]. 中国当代医药, 2015, 22(12): 57-59.

[63] 徐晓炜，徐焱，王静. 直肠黏膜横向缝合联合消痔灵注射治疗直肠黏膜内脱垂所致出口梗阻型便秘的临床疗效[J]. 中国肛肠病杂志, 2015, 35(4): 38-40.

[64] 何芳，谢永俊，彭兵. 消痔灵注射术治疗老年性混合痔临床应用及与其它方法的比较[J]. 安徽医药, 2016, 20(5): 987-989.

[65] 叶辉，龚治林，周启昌，等. RPH 联合消痔灵注射液在高龄或体弱内痔出血病人中应用的短期观察[J]. 实用老年医学, 2017, 31(8): 758-761.

[66] 龚立刚，王梦萍. 外切内注消痔灵与外剥内扎术治疗混合痔的疗效及并发症观察[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23(3): 329-333.

[67] 林荣杰，李国栋，韩宝. 消痔灵与 PPH 治疗直肠黏膜内脱垂的临床效果观察[J]. 河北医科大学学报, 2017, 38(4): 468-471.

[68] 张廷广，刘佃温. 注射疗法联合挂线术治疗出口梗阻型便秘 52 例[J]. 河南中医, 2017, 37(4): 656-658.

[69] 陈烁，张德闻，龚银银，等. PPH 加消痔灵注射治疗重度混合痔临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(7): 37-40.

[70] 张波，杨晓蓓，李华山. 自动痔套扎联合消痔灵硬化剂注射术治疗重度混合痔的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(5): 509-511.

[71] 骆川云，李刚，陈富军，等. 自动弹力线痔疮套扎器加聚桂醇注射治疗直肠脱垂疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(6): 31-33.

[72] 陈新刚，钟强，黄忠威. 消痔灵联合自动痔疮套扎术治疗痔疮的临床疗效研究[J]. 中国合理用药探索, 2020, 17(9): 41-43.

[73] 王基伟，吴汉泉，白依涵. 内镜下消痔灵注射治疗内痔临床观察[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(3): 184-185.

[74] 柯敏辉，黄鸿铃，李雪玉，等. 消痔灵注射术与 TST 治疗直肠黏膜内脱垂的效果比较[J]. 中国医学创新, 2021, 18(34): 76-81.

[75] 余腾江，蒋玲，李五生，等. 内镜下消痔灵注射治疗内痔 60 例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2023, 43(10): 23-25.

[76] 李英健，宋允举. 消痔灵“三位一体法”注射治疗混合痔的临床疗效[J]. 中国肛肠病杂志, 2024, 44(2): 23-25.

[77] 丛章龙. 两种微创术式治疗内痔的临床观察[D]. 辽宁中医药大学, 2011.

[78] 粟业能. 肛门镜下消痔灵注射治疗对出血性内痔患者疼痛及并发症的影响[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2024(1): 118-121.

[79] 曾世周. 聚桂醇注射术在轻、中度内痔治疗中的临床价值[J]. 中文科技期刊数据库（文摘版）医药卫生, 2018(06): 00325-00325.

[80] 左冬星. 消痔灵注射治疗完全性直肠脱垂的临床观察[J]. 大家健康（下旬版）, 2017, 11(10): 126-127.

[81] 倪欢欢，雷浩强，韩延风. 无痛肠镜下聚桂醇注射液在内痔硬化治疗中的应用探讨[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(5): 45.

[82] 韩翼. 聚多卡醇注射内痔治疗便血的临床疗效观察[J]. 自我保健, 2023(9): 101-102.

[83] 唐忠诚. 消痔灵注射术治疗老年性混合痔的临床应用研究[J]. 健康必读, 2018(31): 31.

[84] 黄秀丽，郭方研. 关于痔套扎与消痔灵内注术疗效对比[J]. 中医临床研究, 2018, 10(3): 107-109.

[85] 兰洪文，苏万寿. 内痔采用消痔灵注射液治疗的临床疗效观察[J]. 中国保健营养, 2016, 26: 106.

[86] 黄俊杰. 聚桂醇内痔区注射治疗出血性内痔的临床对比研究[D]. 广西医科大学, 2017.

[87] 陈伟红。 痔基底高位固脱加痔内注射治疗III期内痔疗效观察[J]. 广西中医学院学报, 2010, 13(4): 21-22.

[88] 苗建营. 中医外科注射固脱法治疗重度痔疮的临床观察[D]. 北京中医药大学, 2010.

[89] 陈强。 消痔灵注射+PPH 术治疗重度痔疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2009.

[90] 郑凯. PPH 联合消痔灵注射在重度混合痔中的应用[J]. 中国肛肠病杂志, 2011, 31(9): 15-16.

[91] 梁鲜辉. PPH 术加消痔灵注射液与传统手术方法治疗环状混合痔的临床效果对比分析[J]. 中国卫生产业, 2013(28): 17-18.

[92] 任志翔，吴宏伟. 痔上黏膜环切术配合消痔灵注射治疗环状混合痔 80 例[J]. 湖南中医杂志,

2014(3): 53-54.

[93] 黎民钦. 微创痔疮手术配合消痔灵注射液对直肠黏膜脱垂疗效的观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2012, 20(2): 79-80.

[94] 陈英. 消痔灵在痔 PPH（痔上黏膜环形切除钉合术）术中的应用[J]. 医学信息, 2014, 27(2): 117-118.

[95] 郑英斌，陈志霞. PPH 在直肠脱垂治疗中的应用[J]. 医药论坛杂志, 2008, 29(23): 34-36.

[96] 冯旭良. 自动痔疮套扎术(RPH)加消痔灵注射治疗轻中度痔疮研究[J]. 医药前沿, 2016, 6(15): 24-25.

[97] 郑生辉. 分析微创自动痔疮套扎联合改良消痔灵注射术治疗重度痔疮的临床效果[J/OL]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(8): 54-58.

[98] 修文超，徐明. 微创自动痔疮套扎术联合硬化剂注射在重度痔疮治疗中的效果观察[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 22(S2): 2-3.

[99] 刘志孟. 微创自动痔疮套扎术联合改良硬化剂注射术的临床效果与分析[J]. 医学美学美容(中旬刊), 2014, 23(12): 2.

[100] 王顼. 微创自动痔疮套扎联合改良硬化剂注射术治疗重度痔疮的临床效果分析[J]. 中国医药指南, 2014, 12(16): 250-251..

[101] 张亚男. RPH 结合消痔灵点状注射治疗直肠黏膜内脱垂 60 例[J]. 中医外治杂志, 2016, 25(2): 20-21.

[102] 任孝委，肖小鄂，李红娟. 消痔灵联合自动痔疮套扎术治疗混合痔的临床疗效研究[J/OL]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(12): 57-59.

[103] 龙俊红。 中医外治固脱法与 RPH 术联合治疗III期内痔临床疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2013.

[104] 马波. 自动痔疮套扎术联合消痔灵注射治疗内痔的临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2014.

[105] 马波. 痔疮自动套扎联合消痔灵注射技术在痔病治疗中的应用疗效观察[J].心理月刊, 2019, 14(09): 11-13.

[106] 李胜，林楠，凌云彪，等. RPH 联合消痔灵注射治疗痔病的病例对照研究[C]. 2013 年中医肛肠学术年会论文集, 2013: 321-324.

[107] 杨亚池. 自动痔疮套扎术加消痔灵注射液治疗轻中度痔疮的研究[J]. 实用中西医结合临床, 2017, 17(2): 31-32.

[108] 江余秋. 痔套扎术联合消痔灵注射术的临床疗效分析[J/OL]. 中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生, 2023(08): 82-85.

[109] 何江东. 自动弹力线圈痔疮套扎联合消痔灵注射治疗重度痔的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(14): 154-155.

[110] 郑少康，杜刚毅，林锡芬，等. RPH 结合痔动脉区消痔灵注射术与 PPH 治疗混合痔的对照研究[J]. 按摩与康复医学, 2016, 7(15): 31-33.

[111] 傅学良，郝磊. 自动痔疮套扎术联合消痔灵注射液治疗内痔的症状转归情况分析[J]. 养生保健指南, 2021(18): 89.

[112] 孙龙，罗叔钗，朱志华. 自动痔疮套扎术联合消痔灵注射液治疗 40 例内痔的临床疗效观察[J]. 中国保健营养, 2016, 26(11): 77-77, 78.

[113] 郭金，郑亚楠。 TST 术联合消痔灵注射术与 PPH 术治疗II－IV度混合痔患者的临床效果比较分析[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2022(12): 025-027.

[114] 陈鹏. 消痔灵注射联合选择性痔上黏膜吻合术治疗混合痔 115 例疗效观察[J]. 中国肛肠病

杂志, 2018, 38(7): 41-42.

[115] 刘金城. 选择性痔上黏膜切除吻合术结合消痔灵治疗 60 例混合痔临床观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(1): 367-368.

[116] 邹成龙. TST 联合消痔灵注射液治疗中重度痔病的临床研究[D]. 2016, 广西中医药大学.

[117] 黄恒艺. 选择性痔上粘膜切除术联合消痔灵硬化剂注射治疗对环状混合痔患者影响观察[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2024(6): 0036-0039.

[118] 孙思华，王健，刘聪聪. 观察外剥内扎结合消痔灵注射术治疗混合痔的疗效[J]. 养生保健指南, 2018(37): 334.

[119] 曹科. 中药消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔的临床研究[D]. 2015, 解放军总医院.

[120] 李琳. 保留齿线外剥内扎加小剂量消痔灵注射法治疗混合痔的临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2023, 10(38): 54-57.

[121] 熊辉武. 外剥内扎术加消痔灵硬化注射代替部分痔区切除治疗混合痔的临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(20):135-136.

[122] 李宝磊. 改良外剥内扎楔形切除整形术加消痔灵注射术治疗混合痔的预后观察[J]. 饮食保健, 2024(24): 41-44.

[123] 蔡浩武，陈志明，龙跃腾，等. 外剥内扎加消痔灵注射治疗混合痔的临床疗效分析[J]. 国际医药卫生导报, 2012, 18(24): 3606-3608.

[124] 张仑. 三种不同手术方式治疗重度混合痔患者临床疗效对比分析[J]. 河北医学, 2017, 23(1): 90-93.

[125] 张跃. 外剥内扎术联合消痔灵注射液治疗环形混合痔疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(03): 75-76.

[126] 朱春亮，洪杨华，叶志君，等. 内痔套扎加消痔灵注射配合外痔切除术治疗混合痔疗效观察[J]. 心血管病防治知识, 2017(5): 129-130.

[127] 胡小成. 外剥内扎术联合消痔灵四步注射法治疗混合痔临床研究[J]. 中文科技期刊数据库（文摘版）医药卫生, 2024(1): 0041-0044.

[128] 王勇. 改良外剥内扎加消痔灵注射术治疗重度混合痔的临床研究[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(20): 268-269.

[129] 刘元军. 外剥内扎注射术治疗混合痔 38 例临床分析[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(16): 527-528.

[130] 安书卷，安巧花，赵文周. 外剥内扎联合术中硬化剂注射治疗混合痔效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(13): 190-191.

[131] 李静巧. 探究外剥内扎术联合消痔灵注射液治疗混合痔的效果[J]. 中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生, 2022(8): 26-29.

[132] 车崇武. 外剥内扎术联合消痔灵注射液治疗混合痔的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(06): 71-72.

[133] 郭素兰，刘迎辉. 改良手术治疗环状混合痔的疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(08): 145-146.

[134] 代述东，肖红林，贺平. 改良外剥内扎加硬化剂注射术治疗混合痔临床观察[J]. 四川中医, 2006, (02): 73-74.

[135] 谭立新，王劲，杨宏亮，等. 吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔 65 例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2005, 25(3): 32-33.

[136] 陈平. 外剥内扎术联合消痔灵注射治疗混合痔的临床效果分析[J]. 饮食保健, 2016, 3(4): 94-95.

[137] 陈玲，王学峰. 两种术式治疗环状混合痔临床研究[J]. 河北医药, 2012, 34(13): 2017-2018.

[138] 关庆斌，谢永灿，罗海军，等. 改良外剥内套扎术联合注射消痔灵硬化剂治疗混合痔的临床研究[J]. 中国当代医药, 2014(25): 15-17.

[139] 冯振仁. 小切口外剥内扎术加消痔灵注射液注射治疗混合痔的临床观察[J]. 中国医药科学, 2015, 5(17): 107-109.

[140] 刘瑛，崔亚萍. 内扎外剥加消痔灵内注治疗混合痔临床观察[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(20): 146-147.

[141] 吴咏雄. 外剥内扎结合消痔灵注射术细微操作治疗环状混合痔的治疗效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016(21): 120-121.

[142] 宁海波. 外剥内扎结合消痔灵注射术治疗混合痔临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(3): 153-154.

[143] 张亚波，周宝峰. 消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔 64 例疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2013, 33(5): 42-43.

[144] 张银川. 消痔灵注射加小切口外痔剥离术治疗混合痔临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2009, 29(9): 14-15.

[145] 李荣华. 消痔灵注射与外剥内扎术结合治疗混合痔的临床观察[J]. 河南医学研究, 2013, 22(1): 63-65.

[146] 梁戎. 改良外剥内扎结合消痔灵注射术与外剥内扎术治疗环状混合痔临床观察[J]. 医学综述, 2011, 17(12): 1916-1917.

[147] 王丽. 消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(15): 44-45.

[148] 王兴明. 外剥内扎术加消痔灵注射治疗环状混合痔的临床观察[J]. 中国现代普通外科进展, 2015, 18(8): 648-651.

[149] 王华军. 保留齿线外剥内扎加小剂量消痔灵注射法治疗混合痔疗效观察[J]. 中国社区医师, 2016, 32(34): 52-53.

[150] 盛自红. 外剥内扎分段缝合结合消痔灵注射术对重度环状混合痔患者创面愈合及肛门功能的影响[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(31): 4578-4580.

[151] 耿彬. 混合痔小切口外剥内扎联合消痔灵液注射临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(56): 69-74.

[152] 陈光华，汤晓霞，张攻宇. 外切内注消痔灵与外剥内扎术治疗混合痔的效果分析[J]. 中国当代医药, 2017, 24(30): 15-17.

[153] 韩宝，曹科，冯丽鹏，等. 消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔的临床观察[C]. 中华中医药学会肛肠分会第十四次全国中医肛肠学术交流大会论文集. 2012: 132-136.

[154] 高凌卉，高家治. 柏氏四联疗法治疗混合痔的临床疗效观察[J]. 四川中医, 2012, 30(2): 95-97.

[155] 高国鹏，高国权. 消痔灵注射加外剥内扎术治疗环状混合痔疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(2): 31.

[156] 徐继荣. 消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2014(4): 854-855.

[157] 曹科，韩宝，徐慧岩，等.消痔灵注射结合外剥内扎术治疗环状混合痔的临床研究[J]. 北京中医药, 2013, 32(5): 328-330.

[158] 徐建洪，费奥. 结扎术联合消痔灵注射治疗嵌顿痔疗效分析[J]. 中外医疗, 2017, 36(32):

65-67.

[159] 毛文建. 外剥内扎注射术治疗混合痔临床研究[J]. 中医临床研究, 2010, 2(7): 38-40.

[160] 胡琦. 探讨混合痔患者应用外剥内扎术结合消痔灵注射治疗的临床有效性[J]. 世界中医药, 2015(A01): 143-144.

[161] 谷凯. 消痔灵注射联合改良外剥内扎术治疗环状混合痔的临床观察[J]. 中国伤残医学, 2013(3): 75.

[162] 马季. 外剥内扎结合消痔灵注射术细微操作治疗环状混合痔的疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(36): 5066-5067.

[163] 李秋成，张俊清，刘文军，等. 外剥内扎与消痔灵注射加外剥内扎治疗混合痔临床疗效分析[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(S1): 51-52.

[164] 林雨. 消痔灵注射液辅助外剥内扎术治疗环状混合痔疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）, 2014(24): 126-127.

[165] 熊建华. 消痔灵注射液结合外剥内扎术治疗混合痔的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2014(18): 154-155.

[166] 王彬，王海霞. 注射结合手术治疗混合痔临床分析[J]. 今日健康, 2016, 15(6): 36.

[167] 冯金平，李麟. 消痔灵注射配合外剥内扎治疗混合痔的体会[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(5): 19.

[168] 王志. 内扎外切术辅以消痔灵注射术治疗混合痔的临床分析[J]. 中国医药指南, 2011, 9(10): 104-105.

[169] 赵亮，袁和学，殷志涛. 消痔灵肛周间隙注射联合外剥内扎术治疗环状混合痔临床观察[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015(15): 49-50.

[170] 王华军，严水根.保留齿线外剥内扎加小剂量消痔灵注射治疗混合痔[J]. 浙江中西医结合杂志, 2013, 23(02): 140-141.

[171] 赵亮，王永鹏，殷志韬. 消痔灵在预防环状混合痔术后肛缘水肿中的应用[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30(03): 88-90.

[172] 杨晓枫. 内痔套扎加消痔灵注射配合外痔切除术治疗混合痔疗效观察[J]. 中文科技期刊数据库（引文版）医药卫生, 2020(01): 00221-00221.

[173] 杨荣保，鲁代红，许松，等. 传统外剥内扎术加直肠下段消痔灵注射治疗混合痔远期疗效的观察[J]. 保健文汇, 2019(12): 255-256.

[174] 刘筑. 注射和电切治疗混合痔 570 例疗效观察[J]. 贵州医药, 2003, 27(9): 808.

[175] 杜仲代. 改良外剥内扎硬化剂注射术治疗环状混合痔的临床观察[C]. 2012 医学前沿——中华中医药学会肛肠分会第十四次全国肛肠学术交流大会论文精选, 2012: 113-114.

[176] 张晓明，李师. 外剥内扎加消痔灵注射术治疗混合痔临床观察 50 例[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(6): 162-163.

[177] 姚健等. 消痔灵注射加改良外剥内扎术治疗环状混合痔的疗效观察[C]. 2013 年中医肛肠学术年会论文集, 2013: 483-486.

[178] 朱迪革. 改良外剥内扎联合消痔灵注射术治疗环状混合痔疗效观察[J]. 现代实用医学, 2014, 26(09): 1122-1123.

[179] 杨静，李荷英，李鑫. 外剥内扎结合消痔灵注射术治疗混合痔临床疗效观察[J]. 中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生, 2021(12): 00049-00050+53.

[180] 崔良民. 消痔灵注射液加改良外剥内扎术治疗急性嵌顿痔 60 例[J]. 社区医学杂志, 2012, 10(21): 35-36.

[181] 曹宇，吕芳. 外痔剥切内痔结扎加消痔灵注射治疗混合痔的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2

009, 28(19): 7-8.

[182] 李春耕. 消痔灵注射辅助内扎外切术治疗环状混合痔的临床观察[J]. 河北中医, 2009, 31(12): 1865-1867.

[183] 李秋成，李荷英，张俊清，等. 消痔灵注射加外剥内扎术治疗混合痔临床疗效观察. 中国民间疗法[J]. 2017, 25(4): 75-76.

[184] 黄璇，李建生. 消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔 60 例. 江西中医药[J]. 2009, 40(8): 47-48.

[185] 程惊涛. 单纯混合痔外剥内扎与加上痔上黏膜消痔灵注射术的外剥内扎术后的远期疗效比较[J]. 中国保健营养, 2015(12): 282-282, 283.

[186] 程超. 消痔灵注射液治疗完全性直肠脱垂患者的临床应用分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2013, 30(05): 506-507.

[187] 祝子贝. 消痔灵直肠周围间隙八步注射法治疗完全性直肠脱垂疗效评价[D]. 2016, 中国中医科学院.

[188] 马树梅. 消痔灵注射治疗完全性直肠脱垂的临床研究[D]. 2009, 中国中医科学院.

[189] 李气石，李清，王开东，等. 门诊消痔灵注射治疗小儿直肠脱垂的临床观察及体会[J]. 健康之路, 2013, 12(10): 114-115.

[190] 丁婷. RPH-4 联合消痔灵注射治疗中度直肠内脱垂的临床疗效观察[D]. 2017, 辽宁中医药大学.

[191] 江洪亮，杜菡. 三联法治疗不完全性直肠脱垂的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36(10): 37-38.

[192] 邵瑜瑜. 两种治疗直肠脱垂方案的回顾性研究[D]. 2022, 山东中医药大学.

[193] 张丽。 消痔灵改良注射法联合括约肌修补术治疗III度直肠脱垂的效果评价[J]. 中国医药指南, 2020, 18(2): 169.

[194] 王秉升. 消痔灵注射加手术治疗完全性直肠脱垂 40 例疗效分析[J]. 转化医学电子杂志, 2015, 2(11): 63-63, 65.

[195] 万林. 经会阴直肠乙状结肠部分切除术联合肛门环缩术治疗老年直肠脱垂的临床效果观察[J]. 中外女性健康研究, 2016(4): 203-203, 205.

[196] 马永勋. 三联术治疗直肠脱垂的临床疗效观察[D]. 2009, 辽宁中医药大学.

[197] 刘景达。 三联疗法治疗III度直肠脱垂的效果分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(20): 436-437.

[198] 李薇. 消痔灵注射结合肛门紧缩术治疗完全性直肠脱垂 17 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2011, 31(1): 31-32.

[199] 刘磊。 三联手术治疗III度直肠脱垂 48 例疗效观察[J]. 当代医学, 2011, 17(16): 84-85.

[200] 曾辉，李柳生，张璇。 注射加结扎治疗II～III度直肠脱垂的临床观察[J]. 中国医药导报, 2008, 5(10): 60-61.

[201] 刘东锋，徐云峰，刘志军，等. PPH 与消痔灵注射术治疗直肠黏膜内脱垂的疗效比较[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(9): 44-46.

[202] 刘远成，叶伟明，沈奎. 两种方法治疗直肠黏膜内脱垂 62 例临床分析[J]. 结直肠肛门外科, 2010, 16(4): 209-211.

[203] 魏巍. 中药注射固脱疗法治疗直肠前突的效果[J]. 医学信息, 2019, 32(13): 150-152.

[204] 李鑫磊. STARR 联合消痔灵治疗直肠前突合并直肠黏膜内脱垂的临床研究[D]. 2022, 湖南中医药大学..

[205] 王佳丽. RPH 术配合消痔灵注射治疗重度直肠前突的临床观察[D]. 2019, 长春中医药大

学.

[206] 孙文平. PPH 术加消痔灵注射治疗中度及中度以上直肠前突的临床疗效观察[D]. 2013, 成都中医药大学.

[207] 柳维. PPH 结合消痔灵注射治疗直肠粘膜内脱垂的临床研究[D]. 2011, 湖南中医药大学.

[208] 刘学武，李宏，王垚. STARR 术联合消痔灵注射治疗直肠黏膜内脱垂的临床效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19(21): 43-45.

[209] 刘佳，蔡明珠. 消痔灵联合痔上黏膜环切钉合术治疗直肠黏膜内脱垂的临床效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(28): 121-123.

[210] 李志鹏，李霞，贺平，等. PPH 加消痔灵注射治疗直肠黏膜内脱垂的临床研究[J]. 中国肛肠病杂志, 2009, 29(1): 35-37.

[211] 李志鹏，李霞，贺平，等. 消痔灵注射辅助 PPH 术治疗直肠黏膜内脱垂的临床观察[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(2): 82-84.

[212] 康健. PPH 术加消痔灵注射治疗直肠前突的临床研究[D]. 2007, 成都中医药大学.

[213] 贺平，康健，黄德铨，等.PPH 术加消痔灵注射治疗直肠前突的临床研究[C]. 中华中医药学会肛肠分会换届会议暨便秘专题研讨会论文专刊, 2007: 235-237.

[214] 王小艳. RPH 术联合消痔灵注射术治疗直肠黏膜内脱垂的临床研究[D]. 2019, 湖南中医药大学.

[215] 王斌. PPH 术联合消痔灵注射治疗直肠黏膜内套叠的临床研究[J]. 中国医药导刊, 2013(12): 1994-1995.

[216] 陈茂林. 弹力线套扎术加消痔灵注射术治疗直肠前突的临床价值研究[J]. 中国实用医药, 2019, 14(12): 121-122.

[217] 叶文生. 微创痔疮手术配合消痔灵注射液对直肠黏膜脱垂的临床效果探讨[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(2): 165-167.

[218] 程敏，陈德志. PPH 联合消痔灵注射治疗直肠前突的临床效果观察[J]. 中国现代医生, 2016, 54(13): 48-50, 54.

[219] 李愈飞. 改良 PPH 术配合消痔灵注射液对直肠黏膜脱垂疗效分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(8): 88-90.

[220] 孙广龙，蒋宏. 消痔灵注射加肛门括约肌松解术治疗直肠前突的临床观察[J].中国肛肠病杂志, 2017, 37(12): 31-32.

[221] 王锐. 中医外治固脱法与 PPH 术联合应用治疗直肠粘膜内脱垂临床观察[D]. 2007, 北京中医药大学.

[222] 刘晶晶. 经直肠修补加消痔灵注射治疗直肠前突[J].中国肛肠病杂志, 2009, 29(9): 37-38.

[223] 卢泽权。 PPH 术+消痔灵注射黏膜固定术治疗直肠前突[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(7): 26-27.

[224] 庞晓健. 直肠黏膜柱状切缝术配合消痔灵注射治疗直肠黏膜脱垂 24 例[J]. 科学养生, 2019(7): 110-111.

[225] 王明春，邓慧敏，吕春利，等. 消痔灵高位悬吊,低位缝扎治疗直肠前突[J]. 中外医疗, 2009,28(5): 80-80.

[226] 向海丽，赵景明. 弹力线套扎术(RPH)加消痔灵注射术治疗直肠前突的临床观察[J]. 中国医药指南, 2018, 16(30): 32-33.

[227] 肖俊兴，李玲，罗重阳，等. 经阴道补片修补术联合消痔灵注射黏膜固定术治疗直肠前突的疗效评价[J]. 中国医药科学, 2012, 2(20): 215-216.

[228] 何永忠，孔凡东，杜汉朋。 PPH 术联合直肠黏膜柱状缝扎及柱内注射治疗III度直肠内脱

垂的体会[J]. 求医问药（学术版）, 2012, 10(6): 325-326.

[229] 闫成秋，包晗，杨朔，等. 胶圈套扎术加消痔灵注射术治疗直肠前突的临床观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(5): 85-86.

[230] 吕永胜. STARR 术联合消痔灵注射治疗直肠前突的临床疗效评价[D]. 2016, 辽宁中医药大学.

[231] 孙智. Block 术联合 PPH 术加消痔灵注射治疗中重度直肠前突 36 例疗效观察[J]. 中国医学创新, 2011, 8(36): 97-98.