

## · 指南与共识 ·

译者按:美国结直肠外科医师协会致力于推进结直肠、肛门疾病相关理论、预防、诊断和治疗水平的提高,给患者提供优质的医疗服务。标准化工作委员会由协会中结直肠外科方面有专长的成员组成。创立该委员会旨在引领国际结直肠肛门疾病的最佳诊断和治疗方案的制订,并建立具有循证医学证据的临床指南。该指南具有涵盖性,目的是为临床决策提供信息,而非具体治疗方案。该指南适用于所有相关医护人员以及希望得到相关诊断和治疗的患者。

应当指出的是,指南并不能涵盖所有合适的方案,也不能排除一些疗效相似的方法。医师最终需要根据患者的个体差异决定不同治疗方案。

## 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

在美国,痔为临床常见疾病之一,患病人数已超过 1000 万。据统计,50 岁以上的人群中,50% 以上有此病史<sup>[1]</sup>。不过,很多肛门、直肠疾病都被误诊为痔;因此,对于临床医师来说,对痔的诊断和治疗有清楚的认识是至关重要的。美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会制订了本指南,希望对临床医师制订该病的诊断和治疗方案有所帮助。

### 1 方法

#### 1.1 修订基础

美国结直肠外科医师协会(ASCRS)于 2005 年发布的《痔临床诊治指南》<sup>[2]</sup>。

#### 1.2 检索平台

MEDLINE/PubMed(美国国家医学图书馆医学文献在线分析与检索系统)和 Cochrane 系统评价与临床研究数据库(世界循证医学数据库)。检索 2010 年 4 月以前所有相关文献。

### 1.3 关键词

“hemorrhoid”(痔)、“internal and external hemorrhoids”(内外痔)、“hemorrhoid disease”(痔病)、“thrombosed hemorrhoid”(血栓痔)、“rubber band ligation”(胶圈套扎)、“hemorrhoidopexy”(痔悬吊术)、“hemorrhoidectomy”(痔切除术)、“PPH”(吻合器痔上黏膜环切术)、“Milligan-Morgan”(痔外剥内扎术)、“Ferguson”(闭合式痔切除术)、“Doppler guided”(多普勒引导)和“stapled hemorrhoidopexy”(痔上黏膜环切吻合术)。原始文献中包含的参考文献也选择性地进行了查阅。

### 2 定义

每一则推荐内容的推荐等级及证据级别的评定均参照推荐等级评估、制订与评价体系(Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation, GRADE)<sup>[3]</sup>进行。见表 1。

表 1 GRADE 推荐分级

分级	内容	受益与风险比	证据质量	含义
1A	强烈推荐,高级别证据	受益明显大于风险	无重大缺陷的随机对照研究;或有确切证据的观察性研究	强烈推荐,在大多数情况下可不受限制地应用于大多数患者
1B	强烈推荐,中等级别证据	受益明显大于风险	有重大缺陷(结果矛盾、方法学缺陷、不直观或不严密)的随机对照研究;或有确切证据的观察性研究	强烈推荐,在大多数情况下可不受限制地应用于大多数患者
1C	强烈推荐,低(或很低)级别证据	受益明显大于风险	观察性研究或案例分析	强烈推荐,证据级别有待提高
2A	一般推荐,高级别证据	受益与风险相当	无重大缺陷的随机对照研究;或有确切证据的观察性研究	一般推荐,根据患者或医疗条件等不同斟酌应用
2B	一般推荐,中等级别证据	受益与风险相当	有重大缺陷(结果矛盾、方法学缺陷、不直观或不严密)的随机对照研究;或有确切证据的观察性研究	一般推荐,根据患者或医疗条件等不同斟酌应用
2C	一般推荐,低(或很低)级别证据	受益与风险比不确定或相当	观察性研究或案例分析	低强度推荐,可选其他类似方法

注:GRADE:推荐等级评估、制订与评价体系;改编自 Guyatt 等<sup>[4]</sup>的指南;经授权使用

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2012.03.014

通信作者: David E. Rivadeneira, M. D., Email: drivadeneira@notes.cc.sunysb.edu

本文首次发表在《Diseases of the Colon & Rectum》,2011,54(9):1059-1064

### 3 诊断和检查

#### 3.1 初步诊断(1C)

痔的诊断主要依靠临床症状和体征。痔的初步诊断应包括有针对性地询问病史和体格检查,重点询问病变范围、严重程度及症状持续时间,如:出血、脱垂、卫生问题及疼痛、纤维素和水的摄入情况。另外,大便习惯,包括大便频率、性状及排便的难易程度也应问及。直肠出血患者,应仔细询问家族史,重点询问肠道病史。有恶性肿瘤的患者需要进一步评估,以确定是否存在偶发或继发性的结直肠癌,是否需要结肠进行进一步评估<sup>[5]</sup>。

典型的体格检查包括:肛门望诊、指检以及肛门镜或直肠镜,检查是否有血栓形成或其他伴发的肛门、直肠病变,如肛裂、肛瘘、肛周脓肿或克罗恩病<sup>[6]</sup>。内痔,位于齿状线以上,按照表 2 予以分期。这对治疗方法的选择有指导意义。而实验室检查并非必需。

表 2 内痔的分期

分期	体格检查
I 期	有痔核,无脱出
II 期	努挣时痔核脱出,能自行回纳
III 期	努挣时痔核脱出,需手助回纳
IV 期	痔核脱出,不能回纳

#### 3.2 结肠镜检查(1B)

有直肠出血的痔患者有必要行结肠镜检查。直肠出血通常由痔引起,但也可能是其他疾病所致,如结直肠肿瘤、炎性肠病、其他类型结肠炎、憩室病和血管发育异常<sup>[7]</sup>。完整的个人史,详细的家族史,以及包括直肠镜和(或)软性乙状结肠镜在内的体格检查,可识别出高危患者(需要进一步检查)。纳入高危范围的患者,需行全结肠镜检查。无法耐受者,可用软的乙状结肠镜检查,并结合钡灌肠或指南中相应的其他诊断手段<sup>[8]</sup>。

## 4 治疗

#### 4.1 膳食调整(1B)

膳食调整(包括摄入足量的纤维素和水)是治疗痔的首选一线非手术疗法。便秘与大便习惯的改变是痔产生的重要原因。严重的痔(III~IV期内痔伴有明显外痔者)需要行创伤性的门诊器械治疗或手术治疗,增加纤维素和水的摄入可以改善轻至中度的脱垂和出血症状。一项 Cochran 的系统评价(包括 7 项随机研究,378 例患者)表明,增加摄入纤维素对于改善痔的脱垂( $RR = 0.53$ ,95% 可信区间 0.38~0.73)和出血( $RR = 0.50$ ,95% 可信区间 0.28~

0.89)症状有显著作用<sup>[9-12]</sup>。因此,应告知患者保持良好的排便习惯,比如避免过度努挣和长时间排便,因为这些因素可能增加痔的发生<sup>[13]</sup>。

#### 4.2 门诊器械治疗(1B)

大部分药物治疗无效的 I、II、III 期痔患者,经门诊器械治疗均有效。门诊器械治疗的目的包括:(1)减少增生血管;(2)减少赘生组织;(3)增加痔组织相对于直肠壁的固定性,减轻脱垂。患者对门诊器械治疗的耐受性相对较好,只引起轻微的疼痛和不适。但患者需要知情的是,这些治疗后疾病都有不同程度的复发,可能需要重复治疗<sup>[14-16]</sup>。

**4.2.1 胶圈套扎法:**胶圈套扎是治疗症状性内痔常用而有效的方法。一项荟萃分析(包括 18 项前瞻性随机研究)结果显示,胶圈套扎法与注射硬化疗法和红外线凝固法比较,在治疗 I、II、III 期痔时复发率较低,但并发症(虽然轻微)的发生率较高,疼痛较明显<sup>[14]</sup>。一项随机对照研究的系统评价显示,在治疗 III 期痔时,与痔切除术比较,胶圈套扎法整体疗效较差,且操作复杂,但疼痛较轻,并发症较少<sup>[17]</sup>。Cochrane 系统评价建议此法作为 II 期痔的首选疗法,甚至作为 III 期痔的一线疗法。痔切除术更适合治疗 III 期痔或胶圈套扎失败者<sup>[18]</sup>。

套扎器通常用负压式和钳式两种。比较而言,负压式套扎器在治疗 II、III 期痔时,在疼痛耐受、镇痛药使用、术中出血等方面有显著优越性<sup>[19]</sup>。但总体来说,两种套扎方式都可接受,患者耐受性较好。常见并发症包括:套扎后的肛门直肠痛、血栓性外痔、血管迷走神经症状,发生率为 1%~3%<sup>[20-21]</sup>。在采集病史时,应仔细询问患者是否存在凝血功能障碍:原发性的,如血小板减少症;继发性的,如服用抗血小板聚集药物、华法林抗凝或者肝素类制品。通常,因为套扎后出血的几率较高,以上为胶圈套扎的禁忌证。

**4.2.2 硬化疗法:**即在内痔的顶端注射 3~5 ml 组织硬化剂。这种相对简单的方法用于治疗早期的出血性内痔和 I~III 期痔患者的成功率为 75%~89%<sup>[22-23]</sup>,但是,长期随访发现痔的复发率相对较高<sup>[24-28]</sup>。这种疗法对于有出血倾向(如在接受抗血小板聚集或抗凝治疗)的患者较适合。并发症主要包括注射引起的轻度不适或出血。严重并发症很罕见,包括直肠尿道瘘、直肠穿孔和坏死性筋膜炎,这些主要由注射位置不当或硬化剂过敏引起<sup>[25,29-34]</sup>。上述并发症在单独行硬化剂注射和联合应用胶圈套扎法时均有报道<sup>[25,28]</sup>。

**4.2.3 红外线凝固法:**即用红外线照射引起痔组织内的蛋白质变性。常用于治疗 I、II 期痔。有报道认为红外线凝固法治疗后痔的复发率高,特别是用于治疗 III、IV 期痔<sup>[35]</sup>;但新近的随机研究结果发现其疗效与胶圈套扎法相同<sup>[36-37]</sup>。

总体来说,门诊器械治疗痔的并发症罕见。然而,肛周脓毒症是所有门诊器械治疗都可能出现的危及生命的并发症。门诊器械治疗后短时间内出现尿潴留和发热即可能是肛周脓毒症的初始症状,需立即评估。因此,在进行门诊器械治疗时,应以适当的方式向患者告知相关罕见并发症<sup>[33,38-39]</sup>。

#### 4.3 手术治疗(1C)

尽管保守治疗最终能够缓解血栓性外痔的症状,但是手术切除能更快消除症状,且复发率较低,疗效保持时间较长<sup>[40-41]</sup>。痔手术治疗适用于门诊器械治疗无效、无法耐受门诊器械治疗、外痔很大或者混合痔有明显脱垂(III~IV期)的患者(1B)。

大部分血栓性外痔患者在症状出现 72 h 内进行门诊手术切除安全有效,但血栓特别大或者蔓延至肛管的患者需在手术室行常规手术,应避免使用手术刀行简单切开引流,这将使血栓再次形成,且形成的血栓更大,症状更严重。

**4.3.1 痔切除术:**痔切除术是治疗痔非常有效的手段。一般用于门诊器械治疗无效或无法耐受者、III~IV 期痔患者或以皮赘为主的患者。一项荟萃分析(包括 18 项将痔切除术和器械治疗比较的前瞻性随机研究)结果显示,痔切除术治疗 III 期痔疗效最好,但疼痛较重,并发症发生率最高<sup>[14]</sup>。

不论是开放式还是闭合式痔切除术都可使用多种手术器械,包括:手术刀、剪刀、单极电凝、双极电凝和超声刀<sup>[42-43]</sup>;其中任何一种无明显优势<sup>[44-45]</sup>。因此,每例患者手术前,都需要对其病情和个体因素进行仔细权衡和考虑。最近的一项荟萃分析(包括 12 项研究,共 1142 例患者)结果显示,与传统手术比较,双极电凝设备操作更快,且术后疼痛更轻<sup>[46]</sup>。但需要就日益增长的手术费用作进一步的研究,才能更好地将以上各种手术干预措施明确定位。

**4.3.2 吻合器痔切除术:**即采用环形吻合器将内痔切除并将残端钉合。该方法尽管对内痔有效,但对外痔不太合适。与传统痔切除术比较,接受吻合器痔切除术的患者长期随访复发率较高<sup>[47]</sup>。早期的一些小的非随机队列研究报道,与传统痔切除术比较,吻合器痔切除术后疼痛较小,恢复较快。一项早期的荟萃分析(包括 1077 例患者)也得出相似的结

论<sup>[47]</sup>。然而,Cochrane 系统评价(包括 6 项随访均超过 1 年的随机研究,共 628 例患者)显示,在疼痛、瘙痒和排便急迫方面,吻合器痔切除术和传统痔切除术比较,差异无统计学意义,但其远期复发率较高<sup>[48]</sup>。尽管吻合器痔切除术有几种独有的并发症(如直肠阴道瘘、吻合口出血),但总的并发症发生率与传统痔切除术相似。吻合器痔切除术的并发症发生率为 20.2%,而传统痔切除术为 25.2% ( $P < 0.05$ )<sup>[49]</sup>。尽管有一小部分数据提示吻合器痔切除术有效,但总体来说,吻合器痔切除术对外痔较大或伴有血栓者是不合适的<sup>[50]</sup>。

**4.3.3 多普勒超声引导下的痔动脉结扎术:**即用肛门镜式的多普勒超声探头确认每个痔核支配动脉的位置,并在其引导下结扎痔核。其潜在的优势是不切除组织,疼痛可能更轻。近期多项前瞻性的研究结果显示,90% 的患者取得了较好的止血效果,复发率为 10%~15%<sup>[51-53]</sup>。其中一项系统评价(包括 17 项研究,共 1996 例患者)结果显示,患者总的复发情况为:脱垂 9%,出血 8%,便时疼痛 5%。随访时间 >1 年的患者复发情况为:脱垂 11%,出血 10%,便时疼痛 9%。有研究结果发现,IV 期痔复发率较高,因此,推荐此法用于 II、III 期痔患者<sup>[54]</sup>。目前,对此方法的推荐仍缺乏足够的研究证据,需要开展关于多普勒超声改良术、多普勒超声术与其他术式对照的大样本长期随访研究<sup>[55-56]</sup>。

#### 美国结直肠外科医师协会标准化委员会成员名单

主席: W. Donald Buie, M. D,

副主席: Janice Rafferty, M. D

#### 委员会代表:

Farshid Araghizadeh, M. D; Robin Boushey, M. D;

George Chang, M. D; Daniel Feingold, M. D;

Phillip Fleshner, M. D; Jill Genua, M. D;

Sharon Gregorcyk, M. D; Kerry Hammond, M. D;

William Harb, M. D; Samantha Hendren, M. D;

Daniel Herzig, M. D; Andreas Kaiser, M. D;

David Larson, M. D; Sang Lee, M. D;

James McCormick, D. O; Genevieve Melton-Meaux, M. D;

Steven Mills, M. D; John Monson, M. D;

Harvey Moore III, M. D; W. Brian Perry, M. D;

P. Terry Phang, M. D; David Rivadeneira, M. D;

Howard Ross, M. D; Sharon Dykes, M. D;

Scott Steele, M. D; Scott Strong, M. D;

Charles Tement, M. D; Madhulika Varma, M. D;

Martin Weiser, M. D; Kirsten Wilkins, M. D

(南京市中医院全国中医肛肠专科医疗中心丁义江、皇甫少华、丁曙晴译, Email: njgczx@gmail.com)

## 参考文献

- [1] Gençosmanoğlu R, Sad O, Koç D, et al. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? *Dis Colon Rectum*, 2002, 45(1): 70-75.
- [2] Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyc S, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum*, 2005, 48(2): 189-194.
- [3] Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, et al. An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in the ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med*, 2006, 174(5): 605-614.
- [4] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 2008, 336(7650): 924-926.
- [5] Ko C, Hyman NH; Standards Committee of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameter for the detection of colorectal neoplasms; an interim report (revised). *Dis Colon Rectum*, 2006, 49(3): 299-301.
- [6] Fazio VW, Tjandra JJ. The management of perianal diseases. *Adv Surg*, 1996, 29(6): 59-78.
- [7] Cappell MS. Reducing the incidence and mortality of colon cancer: mass screening and colonoscopic polypectomy. *Gastroenterol Clin North Am*, 2008, 37(1): 129-160.
- [8] Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*, 2008, 134(5): 1570-1595.
- [9] Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, (4): CD004649.
- [10] Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(1): 181-188.
- [11] Tan KY, Seow-Choen F. Fiber and colorectal diseases: separating fact from fiction. *World J Gastroenterol*, 2007, 13(31): 4161-4167.
- [12] Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated hemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, (3): CD004077.
- [13] Johannsson HO, Graf W, Pahlman L, et al. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100(2): 401-406.
- [14] MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum*, 1995, 38(7): 687-694.
- [15] MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg*, 1997, 40(1): 14-17.
- [16] Hardy A, Chan CL, Cohen CR. The surgical management of hemorrhoids—a review. *Dig Surg*, 2005, 22(1/2): 26-33.
- [17] Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, et al. Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional hemorrhoidectomy. *Br J Surg*, 2005, 92(12): 1481-1487.
- [18] Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, et al. Rubber band ligation versus excisional hemorrhoidectomy for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, (3): CD005034.
- [19] Ramzisham AR, Sagap I, Nadeson S, et al. Prospective randomized clinical trial on suction elastic band ligator versus forceps ligator in the treatment of haemorrhoids. *Asian J Surg*, 2005, 28(4): 241-245.
- [20] El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH, et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(42): 6525-6530.
- [21] Iyer VS, Shrier I, Gordon PH. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*, 2004, 47(8): 1364-1370.
- [22] Khoury GA, Lake SP, Lewis MC, et al. A randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatments for haemorrhoids. *Br J Surg*, 1985, 72(9): 741-742.
- [23] Mann CV, Motson R, Clifton M. The immediate response to injection therapy for first-degree haemorrhoids. *J Royal Soc Med*, 1988, 81(3): 146-148.
- [24] Senapati A, Nicholls RJ. A randomized trial to compare the results of injection sclerotherapy with a bulk laxative alone in the treatment of bleeding internal haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis*, 1988, 3(2): 124-126.
- [25] Kanellos I, Goulmaris I, Vkalis I, et al. Long-term evaluation of sclerotherapy for haemorrhoids. A prospective study. *Int J Surg Invest*, 2000, 2(4): 295-298.
- [26] Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*, 1992, 87(11): 1600-1606.
- [27] Gartell PC, Sheridan RJ, McGinn FP. Out-patient treatment of hemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection. *Br J Surg*, 1985, 72(6): 478-479.
- [28] Chew SS, Marshall L, Kalish L, et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum*, 2003, 46(9): 1232-1237.
- [29] Murray-Lyon IM, Kirkham JS. Hepatic abscesses complicating injection sclerotherapy of haemorrhoids. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2001, 13(8): 971-972.
- [30] Adami B, Eckhardt VF, Suermann RB, et al. Bacteremia after proctoscopy and hemorrhoidal injection sclerotherapy. *Dis Colon Rectum*, 1981, 24(5): 373-374.
- [31] Gupta N, Katoch A, Lal P, et al. Rectourethral fistula after injection sclerotherapy for hemorrhoids, a rare complication. *Colorectal Dis*, 2011, 13(1): 105.
- [32] Kaman L, Aggarwal S, Kumar R, et al. Necrotizing fasciitis after injection sclerotherapy for hemorrhoids: report of a case. *Dis Colon Rectum*, 1999, 42(3): 419-420.
- [33] Schulte T, Fändrich F, Kahlke V. Life-threatening rectal necrosis after injection sclerotherapy for haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis*, 2008, 23(7): 725-726.
- [34] Vindal A, Lal P, Chander J, et al. Rectal perforation after injection sclerotherapy for hemorrhoids: case report. *Indian J Gastroenterol*, 2008, 27(2): 84-85.
- [35] Linares Santiago E, Gómez Parra M, Mendoza Olivares FJ, et al. Effectiveness of hemorrhoidal treatment by rubber band ligation and infrared photocoagulation. *Rev Esp Enferm Dig*, 2001, 93(4): 238-247.
- [36] Marques CF, Nahas SC, Nahas CS, et al. Early results of the treatment of internal hemorrhoid disease by infrared coagulation and elastic banding: a prospective randomized cross-over trial. *Tech Coloproctol*, 2006, 10(4): 312-317.
- [37] Poen AC, Felt-Bersma RJ, Cuesta MA, et al. A randomized controlled trial of rubber band ligation versus infra-red coagulation in

- the treatment of internal haemorrhoids. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2000, 12(5):535-539.
- [38] McCloud JM, Jameson JS, Scott AN. Life-threatening sepsis following treatment for haemorrhoids: a systematic review. *Colorectal Dis*, 2006, 8(9):748-755.
- [39] Sim HL, Tan KY, Poon PL, et al. Life-threatening perineal sepsis after rubber band ligation of haemorrhoids. *Tech Coloproctol*, 2009, 13(2):161-164.
- [40] Greenspon J, Williams SB, Young HA, et al. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum*, 2004, 47(9):1493-1498.
- [41] Jongen J, Bach S, Stubinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum*, 2003, 46(9):1226-1231.
- [42] You SY, Kim SH, Chung CS, et al. Open vs. closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*, 2005, 48(1):108-113.
- [43] Arbman G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs open hemorrhoidectomy—is there any difference? *Dis Colon Rectum*, 2000, 43(1):31-34.
- [44] Abo-hashem AA, Sarhan A, Aly AM. Harmonic Scalpel compared with bipolar electro-cautery hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Int J Surg*, 2010, 8(3):243-247.
- [45] Chung CC, Ha JP, Tai YP, et al. Double-blind, randomized trial comparing Harmonic scalpel hemorrhoidectomy, bipolar scissors hemorrhoidectomy, and scissors excision: ligation technique. *Dis Colon Rectum*, 2002, 45(6):789-794.
- [46] Nienhuijs S, de Hingh I. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, (1):CD006761.
- [47] Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, et al. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized controlled trials. *Dis Colon Rectum*, 2004, 47(11):1837-1845.
- [48] Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled hemorrhoidopexy is associated with a higher long-term recurrence rate of internal hemorrhoids compared with conventional excisional hemorrhoid surgery. *Dis Colon Rectum*, 2007, 50(9):1297-1305.
- [49] Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum*, 2007, 50(6):878-892.
- [50] Wong JC, Chung CC, Yau KK, et al. Stapled technique for acute thrombosed hemorrhoids: a randomized, controlled trial with long-term results. *Dis Colon Rectum*, 2008, 51(4):397-403.
- [51] Ratto C, Donisi L, Parello A, et al. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*, 2010, 53(5):803-811.
- [52] Felice G, Privitera A, Ellul E, et al. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*, 2005, 48(11):2090-2093.
- [53] Faucheron JL, Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three-year follow-up results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum*, 2008, 51(6):945-949.
- [54] Giordano P, Overton J, Madeddu F, et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. *Dis Colon Rectum*, 2009, 52(9):1665-1671.
- [55] Infantino A, Bellomo R, Dal Monte PP, et al. Transanal haemorrhoidal artery echodoppler ligation and anopexy (THD) is effective for II and III degree haemorrhoids: a prospective multicentric study. *Colorectal Dis*, 2010, 12(8):804-809.
- [56] Dal Monte PP, Tagariello C, Sarago M, et al. Transanal haemorrhoidal dearterialisation: nonexcisional surgery for the treatment of haemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol*, 2007, 11(4):333-339.

(收稿日期: 2012-03-13)

(本文编辑: 张玉琳)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 中华医学会杂志社关于论文二次发表的声明

某些由政府机构和专业组织制定的指南以及作者以其他语言发表的科研成果等,需要让更多的读者了解。根据国际惯例(参考《向生物医学期刊投稿的统一要求》)和我国的实际情况,凡符合下列条件并提供相应材料,中华医学会系列杂志允许或接受论文用同一种语言或另一种语言的二次发表。

1. 作者须征得相关期刊的同意,首次发表论文的期刊和准备二次发表的期刊均无异议。作者需向二次发表的期刊提供首次发表该论文期刊的同意书,论文首次发表的时间和论文复印件、单行本或原稿。

2. 尊重首次发表的权益,二次发表至少在首次发表1周之后。

3. 二次发表的论文应面向不同的读者,建议节选或摘要刊登。

4. 二次发表的论文必须完全忠实原文,真实反映原有的资料及观点,作者的顺序不能改动。

5. 在二次发表的题名中应标出是某篇文章的二次发表(全文、节选、全译或节译)。

6. 在二次发表的题名页脚注中,要让读者、同行和文献检索机构知道该论文已全文或部分发表过,并标引首次发表的文献。如:“本文首次发表在《中华内科杂志》,2006,45(1):21-24”,英文为“This article is based on a study first reported in the *Chin J Intern Med*, 2006, 45(1):21-24”。

7. 提醒各编辑部注意,美国国立医学图书馆不提倡对翻译文章二次发表,如果文章首次发表在被 Medline 收录的杂志中,将不再标引翻译文章。

中华医学会杂志社  
2008 年 12 月修订