·本刊特稿：肛肠疾病中西医结合诊疗河南专家共识·



刘佃温，主任医师，教授，河南中医药大学第三附属医院肛肠病医院院长，全国中医肛肠学科名专家，河南省名中医，河南省优秀医师。任中华中医药学会肛肠分会第六届副会长，世界中医药学会联合会肛肠分会副会长，世界中医药学会联合会固脱疗法专业委员会副会长，世界中医药学会联合会虚实挂线疗法委员会副会长，河南省中医药学会肛肠分会主任委员，河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会主任委员。曾获“河南省优秀青年科技专家”称号，擅长中西医结合诊治肛肠疾病，率先提出“骶前囊肿完整切除、完全切除，肛门后方小凹”等理念，提出顽固性便秘辨病与辨证相结合、外治与内治相结合、整体与局部相结合、手术与中药相结合的“四结合”理念，首创长强穴挂线治疗出口梗阻便秘，由国家中医药管理局批准为第五批临床适宜技术推广项目。获河南省科技成果进步奖 10 余项，发表学术论文 150 余篇。

编辑推荐语：肛肠疾患临床高发、迁延难愈，当前诊疗普遍存在用药杂乱、操作标准缺失、特殊群体处置缺乏统一规范等突出问题，严重影响患者康复质量。本期集中刊发三篇河南省肛肠疾病诊疗专家共识，分别聚焦肛裂规范化用药、结肠水疗标准化操作、妊娠期混合痔安全诊疗三大临床场景，经肛肠科专家多轮研讨投票后定稿，证据分级清晰，中西医融合特色鲜明。三份共识覆盖诊断、用药、操作、手术、康复全流程，兼顾普通患者与孕产妇特殊群体。本刊重点推介，冀以规范诊疗行为、防控医疗风险，发挥中医药独特优势，全面提升肛肠疾病中西医结合规范化诊疗水平。

肛裂中西医结合临床用药指导河南专家共识（2026 版）*

河南省中医药学会肛肠分会，河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会，
河南省中医药研究促进会肛肠分会

摘要：本共识系统梳理了肛裂的中西医诊疗要点，强调以“疼痛－便血－便秘”症状为核心诊断依据，并提倡基于临床分期制定个体化治疗方案。治疗核心目标包括缓解疼痛、促进愈合、解除括约肌痉挛、调节排便功能及预防复发。中医药治疗注重“标本兼治”，辨证分期并选用内服方药与外治法相结合；西医治疗则侧重局部镇痛、解痉、促进创面愈合及缓泻剂的应用。对于规范药物治疗 4～8 周无效，或伴有肛门狭窄、肛裂并发症或持续括约肌高张力的患者，建议及时考虑手术干预。本共识旨在为临床提供全面、规范的肛裂用药指导，促进肛裂的中西医结合诊疗规范化。

关键词：肛裂；临床用药；专家共识；中西医结合
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.07.201
中图分类号：R266　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1674－8999（2026）07－1357－07

Expert Consensus on Integrative Medicine Clinical Medication Guidance for Anal Fissures（2026 Edition）

Henan Provincial Association of Traditional Chinese Medicine，Colorectal Branch；Henan Provincial Chinese Medicinal Materials Association，Clinical Medication Guidance Committee for Colorectal Specialty；Henan Provincial Association for the Promotion of Traditional Chinese Medicine Research，Colorectal Branch

* **基金项目：**2024 年省级医疗卫生服务能力提升项目｛豫财社〔2024〕118 号｝；河南省中医药重点学科建设项目－中医肛肠学科
✉ **通信作者：**刘佃温，教授，主任医师，研究方向：中医药防治肛肠疾病。E－mail：liudianwen6207@126.com

Abstract: This consensus systematically reviews the key points of diagnosing and treating anal fissures in both Chinese and Western medicine. It emphasizes using the symptoms "pain – bleeding – constipation" as the core diagnostic basis and advocates developing individualized treatment plans based on clinical staging. The main treatment goals include relieving pain, promoting healing, alleviating sphincter spasm, regulating bowel function, and preventing recurrence. Traditional Chinese medicine focuses on treating both the symptoms and root causes, with treatment plans adjusted by syndrome differentiation and clinical stage, combining internal herbal prescriptions with external therapies. Western medicine focuses on local pain relief, spasm relief, promoting wound healing, and the use of laxatives. For patients who do not respond to standardized drug therapy for 4 – 8 weeks, or who have anal stenosis, complications of anal fissures, or persistent high sphincter tension, timely surgical intervention is recommended. This consensus aims to provide comprehensive and standardized medication guidance for anal fissures in clinical practice, promoting the standardization and effectiveness of integrative medicine treatment.

Key words: anal fissure; clinical medication; expert consensus; integrative medicine

肛裂是指肛管皮肤全层纵行裂开或形成慢性溃疡的常见肛肠疾病，属中医“钩肠痔”“裂肛痔”等范畴[1]。流行病学显示，肛裂发病率约占肛肠疾病的 20%，以青壮年多见，女性略多于男性，好发于肛管后正中位（占 70% ~90%），其次为前正中位，侧方少见[2-3]。

肛裂临床以疼痛、便血、便秘为核心症状，严重影响患者的生活质量。目前，国内临床医师在肛裂的治疗上存在一定的争议，特别是在肛裂临床用药中仍存在诸多不规范，缺少规范性指导意见。为此，在河南省中医药学会肛肠分会、河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会指导下，由河南中医药大学第三附属医院牵头组织河南省内 30 位本领域相关专家，在检索相关文献的基础上，讨论制定《肛裂中西医结合临床用药指导河南专家共识》。专家组对肛裂的诊断、药物治疗核心目标、中西医临床用药情况等多方面相关问题进行了多次讨论，并通过投票方式予以表决，并按照等级划分以决定是否纳入。本共识旨在提供一个全面、规范的肛裂临床用药指导意见，供临床医师参考。

1　推荐方法

本共识由河南省中医药学会肛肠分会，河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会，河南省中医药研究促进会肛肠分会组织相关领域专家，逐条讨论、修改并投票形成。投票过程由第三方计票，确保客观公正。最终经专家审阅定稿。根据专家投票结果，推荐等级分为“强烈推荐”“推荐”和“不推荐”三个等级。

投票选项设置如下：a. 完全赞成（必不可少），b. 部分赞成，但有一定保留，c. 赞成，但有较大保留，d. 不赞成，但有一定保留；e. 完全不赞成。

推荐等级判定标准：A 级指标（强烈推荐）：a 得票比例≥80%，B 级指标（推荐）：a 与 b 得票比例之和≥80%；C 级指标（不推荐）：a、b 与 c 得票比例之和≥80%。未达到 C 级指标者予以删除。

2　推荐意见

推荐意见 1：将疼痛、便血、便秘作为肛裂诊断的核心症状，结合肛门视诊可明确诊断（推荐等级：强烈推荐）。

推荐意见 2：肛裂的中西医结合药物治疗应基于临床分期（急性肛裂/慢性肛裂）制定方案，临床分期是指导用药选择的重要依据（推荐等级：强烈推荐）。

2.1　病因与发病机制　肛裂是一种常见的肛门直肠疾病，好发于年轻人，女性多于男性，其发病与肛管压力升高、便秘或腹泻导致肛管皮肤损伤、局部缺血等因素相关[4]。中医认为，血热肠燥、阴虚津亏致大便秘结，或气滞血瘀、脉络瘀阻，便时努挣损伤肛门肌肤，日久不愈成疡[5]。

2.2　诊断要点

2.2.1　临床表现　临床以周期性的疼痛、便秘、便血为主要症状[6]。

疼痛：为最主要症状，呈周期性，排便时粪便刺激溃疡面神经末梢，出现肛门灼痛或刀割样疼痛（排便痛），便后数分钟疼痛缓解（间歇期），随后因肛门括约肌痉挛收缩，再次出现剧烈疼痛（括约肌痉挛痛），可持续数小时甚至整日，形成“排便 – 疼痛 – 缓解 – 再疼痛”的周期。

便血：多为排便时粪便摩擦溃疡面引起，血色鲜红，量少，表现为附着于粪便表面、手纸带血或滴血，少数可射血，无明显黏液或脓血。

便秘：患者因惧怕疼痛而不敢排便，导致粪便在肠道内停留时间延长，水分被吸收，大便干结，加重肛裂，形成“便秘 – 肛裂 – 疼痛 – 便秘加重”的恶性循环[7-9]。

2.2.2　临床体征　肛门视诊可见肛管有纵行裂口

或溃疡，以前后最为常见。急性期裂口新鲜、边缘整齐、基底浅红；慢性期裂口边缘增厚、变硬、基底苍白，可伴赘皮外痔、肛乳头肥大，合称“肛裂三联征”，是慢性肛裂的典型体征。因肛门指检与肛门镜检查可引起剧烈疼痛，疼痛明显患者一般不建议强行检查；慢性肛裂患者需在局麻下进行检查，指检可触及肛管较硬的溃疡面，肛门镜可见裂口基底苍白，周围黏膜充血水肿[10]。

2.2.3 临床分期 根据病程及病理特点分为急性肛裂和慢性肛裂[11]，是指导治疗方案选择的关键依据。

2.2.3.1 急性肛裂 病程为6～8周，裂口新鲜，边缘整齐，无瘢痕，基底浅，呈鲜红色，质地柔软，无并发症。

2.2.3.2 慢性肛裂 病程大于8周，裂口边缘增厚、纤维化，基底部较深，可见内括约肌纤维，呈灰白色或暗红色，质地硬。可伴有“肛裂三联征”，并皮下瘘管或栉膜带增厚[12-14]。

2.3 治疗核心目标

推荐意见3：肛裂治疗的核心目标是缓解疼痛、促进愈合、解除肛门括约肌痉挛、调节排便功能及预防复发（推荐等级：强烈推荐）。

肛裂治疗的核心目标首先聚焦于快速缓解疼痛，通过阻断局部痛觉神经传导、抑制炎症介质释放及降低肛管张力，阻断疼痛－痉挛恶性循环。其次是促进裂口愈合，关键在于创造低张力愈合环境，利用生物活性因子加速上皮再生与肉芽组织形成，同时减少粪便对创面的机械损伤。再次解除肛门括约肌痉挛，核心是调节平滑肌细胞钙离子内流或神经信号传导，显著降低肛管静息压，打破高张力状态对血供的抑制。最后需调节排便功能，通过增加粪便含水量维持理想性状，并双向纠正排便紊乱。最终形成“愈合－维持－预防”的闭环管理，彻底阻断“便秘－损伤－疼痛－加重”的恶性循环[15]。

2.4 中医临床用药指导

2.4.1 中医药治疗策略

推荐意见4：中医药治疗肛裂以“标本兼治”为核心原则，强调辨证论治与局部治疗相结合（推荐等级：强烈推荐）。

推荐意见5：推荐将中医外治法作为肛裂治疗的基础措施，贯穿于急性及慢性肛裂的全程治疗（推荐等级：强烈推荐）。

中医药治疗肛裂的核心优势在于整体辨证与局部治疗相结合，通过内服中药调节全身机能，达到标本兼治、降低复发率的疗效；又注重缓解局部症状（疼痛、便秘）及促进裂口愈合，兼顾局部与整体、标证与本证的协同治疗[16]。肛裂病机根本在于阴虚津亏、血热肠燥，导致肠道失润、大便干硬；局部病机为气滞血瘀、热毒蕴结，致使肛门络脉受损、气血不通、裂口难愈。治疗肛裂时，应根据不同证型，选用不同的中药方剂，以达到养阴活血、润肠通便、清热解毒、镇痛止血的目的。

内外结合，重视外治。中医外治法治疗肛裂具有优势[17]，可以直达病所、迅速起效，不良反应少，简便价廉；能直接作用于裂口，快速缓解疼痛、止血、促进愈合，且避免口服药对胃肠的刺激，患者依从性高。基于中医“腐去肌生”“瘀去新生”理论，通过局部用药，实现清热解毒以控感染、活血化瘀以改善肛周循环、消肿止痛以缓解痉挛、祛腐生肌以促进裂口愈合的目的。中医外痔疗法可以贯穿肛裂治疗的全过程。

2.4.2 辨证内治用药

推荐意见6：血热肠燥证肛裂推荐选用凉血地黄汤加减，伴剧烈疼痛者加延胡索、乳香行气止痛（推荐等级：强烈推荐）。

推荐意见7：阴虚津亏证肛裂推荐选用润肠汤加减，便秘甚者可加火麻仁、郁李仁增强润肠通便作用（推荐等级：强烈推荐）。

推荐意见8：气滞血瘀证肛裂推荐选用六磨汤加减，瘀阻明显者加三棱、莪术活血化瘀（推荐等级：强烈推荐）。

2.4.2.1 血热肠燥证 主症：大便干结，排便时肛门呈刀割样或烧灼样剧烈疼痛，便后疼痛可暂时缓解，随后因肛门括约肌痉挛再次加剧（呈周期性疼痛）；便血鲜红，量或多或少；肛门检查可见裂口新鲜，基底浅，色红，边缘整齐，无明显瘢痕形成。次症：口干舌燥，心烦不寐，小便短赤，腹胀满。舌脉：舌质红，苔黄或黄燥，脉数或滑数。治法：清热凉血，润肠通便。

推荐方药：凉血地黄汤加减（《外科大成》）[18-19]。药物组成：生地黄15 g，赤芍12 g，牡丹皮10 g，黄芩10 g，槐角15 g，地榆炭15 g，荆芥10 g，防风10 g，生大黄（后下）6 g，火麻仁15 g。加减：便秘甚者加芒硝（冲服）；疼痛剧烈者加延胡索、乳香。

2.4.2.2 阴虚津亏证 主症：大便干燥难解，排便时肛门隐隐作痛或刺痛，疼痛程度较血热肠燥型轻，持续时间长；便血量少，色鲜红或淡红；肛门检查可见裂口较陈旧，基底深，色灰白或淡红，边缘不整齐，周围组织弹性差，可伴有轻度哨兵痔。次症：口干咽燥，潮热盗汗，腰膝酸软，头晕耳鸣，形体消瘦，大便

数日一行。舌脉：舌质红，少苔或无苔，脉细数。治法：养阴生津，润肠通便。

推荐方药：润肠汤加减（《证治准绳》）[20]。药物组成：当归 15 g，生地黄 15 g，火麻仁 20 g，桃仁 10 g，麦冬 15 g，玄参 15 g，白芍 12 g，知母 10 g。加减：阴虚甚者加玉竹、黄精；便血者加阿胶（烊化）、仙鹤草。

2.4.2.3　气滞血瘀证　主症：肛门刺痛或胀痛明显，痛有定处，拒按，排便时疼痛加剧，便后疼痛可持续数小时甚至整日；便血色紫暗或夹有瘀块；肛门检查可见裂口色紫暗，基底深，边缘增厚、变硬，有明显瘢痕形成，常伴有哨兵痔、肛乳头肥大，或合并皮下瘘管。次症：肛门坠胀不适，胸胁胀闷，善太息，情志抑郁或烦躁易怒。舌脉：舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，苔薄白，脉涩或弦涩。治法：行气活血，润肠通便。

推荐方药：六磨汤加减（《世医得效方》）[20]。药物组成：木香 10 g，沉香（后下）6 g，槟榔 10 g，乌药 10 g，枳壳 10 g，生大黄（后下）6 g，桃仁 10 g，红花 6 g，延胡索 12 g。加减：瘀甚者加三棱、莪术；疼痛甚者加乳香、没药。

2.4.3　中医外治法

2.4.3.1　中药坐浴法

推荐意见 9：中药熏洗坐浴作为肛裂的基础外治法，可缓解肛门痉挛、减轻疼痛、促进炎症消退，是安全、有效的基础治疗方法（推荐等级：强烈推荐）。

推荐意见 10：中药熏洗疗法推荐坐浴熏洗温度控制为 38 ~ 42 ℃，频率每日 1 ~ 2 次，每次 15 ~ 20 min（推荐等级：强烈推荐）。

中药坐浴具有清热解毒、消肿止痛、收敛生肌功效，适用于各型肛裂，通过温热药液熏洗肛门，能够改善局部血液循环，缓解括约肌痉挛，促进炎症消退[21]。推荐选用苦参汤或五倍子汤，急性肛裂或疼痛明显者可加乳香、没药、川花椒；慢性肛裂可加红花、川芎活血化瘀；创面久不愈合者可加黄芪、当归、白及。操作方法：将中药加水煮沸 20 min，取药液先熏后洗，温度以 38 ~ 42 ℃为宜，每次 10 ~ 15 min，每日 1 ~ 2 次[22-23]。

2.4.3.2　栓剂纳肛法

推荐意见 11：栓剂纳肛具有局部作用直接、使用方便的特点，可有效缓解肛裂疼痛，控制出血，保护并促进受损组织修复，适用于各证型肛裂患者，尤其推荐用于合并出血或局部炎症反应明显者（推荐等级：强烈推荐）。

栓剂纳肛是中医药及中西医结合治疗肛裂的常用外治方法之一，具有局部作用直接、使用方便等特点。栓剂通过直肠黏膜吸收或直接作用于肛裂创面，可有效缓解肛裂患者的疼痛症状，减轻或控制出血，促进受损组织的修复与愈合，适用于肛裂患者，尤其适用于合并出血或局部炎症反应明显者[24]。临床可根据患者具体情况选择使用，并注意规范操作以减少对创面的刺激。

栓剂纳肛具有凉血止血、消肿止痛、保护创面的作用，常用的栓剂有马应龙麝香痔疮栓、肛泰栓、普济痔疮栓等。排便后或睡前将栓剂轻轻塞入肛门内 2 ~ 3 cm，每日 1 ~ 2 次。其中，马应龙麝香痔疮栓适用于血热肠燥、湿热下注证，肛泰栓适用于气滞血瘀证。

2.4.3.3　中药膏剂外涂

推荐意见 12：急性肛裂推荐使用黄连膏外涂，以清热燥湿、泻火解毒、消肿止痛；慢性肛裂或创面久不愈合者推荐生肌玉红膏，以活血祛腐、解毒生肌，促进肉芽组织生长（推荐等级：强烈推荐）。

中药膏剂外涂是中医治疗肛裂的特色疗法，通过将药膏直接涂抹于肛裂创面或肛门周围，借助药物渗透作用发挥清热燥湿、活血生肌等功效，促进创面愈合，尤其适用于不同分期肛裂的个体化治疗。急性肛裂推荐使用黄连膏外涂。黄连膏由黄连、黄柏、姜黄、当归、生地黄、麻油、黄蜡等组成，具有清热燥湿、泻火解毒、消肿止痛之功，可有效减轻急性期肛裂创面的红肿热痛等炎症反应，缓解疼痛症状[25]。慢性肛裂或创面久不愈合者，推荐使用生肌玉红膏。该方出自《外科正宗》，由当归、白芷、紫草、甘草、轻粉、血竭、白蜡、麻油等组成，具有活血祛腐、解毒生肌之功，能改善创面局部血液循环，促进肉芽组织生长及上皮细胞修复，加速创面愈合[26]。

2.4.3.4　其他疗法

推荐意见 13：推荐针灸、耳穴压豆、穴位贴敷等中医外治法，尤其是伴肛门疼痛、便秘者（推荐等级：强烈推荐）。

针灸治疗：选取长强、承山、白环俞、次髎、三阴交等穴位，毫针刺法，急性期用泻法，慢性期用平补平泻法，留针 20 ~ 30 min，每日 1 次，可缓解肛门疼痛，调节排便功能[27]。

耳穴压豆：取肛门、直肠、大肠、神门、皮质下、交感等耳穴，用王不留行籽贴压，每日按压 3 ~ 5 次，每次 1 ~ 2 min，3 ~ 5 d 更换 1 次，适用于便秘、疼痛明显者。

穴位贴敷[28]：取神阙、关元、气海等穴位，用大黄、芒硝、冰片等研末调敷，或用温阳通便、活血化瘀药膏贴敷，促进肠道蠕动，改善便秘。

2.5 西医临床用药情况

2.5.1 局部镇痛与抗炎药物

推荐意见14：对于肛裂引起的急性疼痛，推荐使用局部麻醉药凝胶于排便前及排便后局部涂抹，能有效减轻疼痛（推荐等级：强烈推荐）。

缓解疼痛是肛裂治疗的首要任务，因为剧烈疼痛不仅给患者带来极大痛苦，还可能导致患者畏惧排便，进而加重便秘，形成恶性循环。西医推荐外用局部镇痛药，如含有利多卡因、丁卡因等局麻药的凝胶或软膏，能有效阻断神经末梢的痛觉传导，迅速减轻排便时的疼痛[29]。其推荐依据在于局麻药能直接作用于肛裂创面及周围皮肤黏膜，快速起效，且全身吸收少，不良反应相对较少。对于急性肛裂或慢性肛裂急性发作期，可在排便前或疼痛明显时局部涂抹，以减轻患者痛苦，提高其依从性。

推荐意见15：非甾体抗炎药具有抗炎、镇痛作用，可减轻肛裂局部炎症反应，缓解疼痛（推荐等级：强烈推荐）。

非甾体类消炎药是治疗肛裂疼痛的常用镇痛药物，如双氯芬酸栓剂、吲哚美辛栓剂等。其作用机理在于通过抑制环氧化酶，减少前列腺素的合成，从而缓解内脏高敏反应，达到镇痛效果。除了镇痛作用外，还具有一定的抗炎效果，可减轻患者肛裂局部的炎症反应，在临床实践中可被用作缓解肛裂相关疼痛的辅助手段[30]。但非甾体类抗炎药可能有胃肠道副作用，合并有胃肠黏膜损伤的患者需谨慎使用。

2.5.2 缓解肛门内括约肌痉挛药物

推荐意见16：推荐局部解痉药物替代手术作为一线方案，明确将硝酸甘油/地尔硫卓列为慢性肛裂初始治疗首选（推荐等级：强烈推荐）。

肛裂治疗的核心在于打破“疼痛－痉挛－缺血”的恶性循环，缓解肛门内括约肌痉挛是关键环节。临床首选局部应用解痉药物：硝酸酯类药物（如0.2%～0.4%硝酸甘油软膏）通过释放一氧化氮使肛门括约肌松弛，缓解肛裂疼痛导致的肛门括约肌痉挛，每日2～3次肛门局部涂抹，是疗效确切的首选，但需注意其头痛、影响血压等不良反应。钙通道阻滞剂（如0.1%～0.3%地尔硫卓软膏或2%硝苯地平软膏）作为替代方案，每日2次外用，适用于硝酸酯不耐受者，不良反应相对较轻[31]。对于慢性反复发作的肛裂患者，可考虑肛门内括约肌注射A型肉毒毒素，通过阻断神经肌肉接头信号传导，松弛肛门内括约肌，促进裂口愈合[32]。部分专家在临床实践中发现，慢性肛裂也可以用曲安奈德局部注射，同时配合扩肛治疗，效果较好。无论何种解痉药物，均需配合严格的排便管理、温水坐浴及肛门护理，并控制疼痛症状，形成综合治疗方案，以实现无痉挛愈合。推荐局部解痉药物作为慢性肛裂的一线用药，疗程6～8周，需规范用药剂量并监测不良反应。

2.5.3 促进创面愈合药物

推荐意见17：促进创面愈合的药物通常是通过改善局部血液循环、提供营养支持、促进上皮细胞增殖与迁移、抑制炎症反应或调节细胞因子等途径，加速肛裂溃疡面的组织修复和再生（推荐等级：强烈推荐）。

促进创面愈合的药物如重组人表皮生长因子、重组牛碱性成纤维细胞生长因子等，可通过改善肛裂局部微循环、促进上皮细胞增殖与迁移、调节炎症反应及提供组织修复所需营养等机制，加速肛裂溃疡面的组织修复与再生，是肛裂综合治疗中促进创面愈合的重要措施之一，推荐用于急性肛裂或慢性肛裂经饮食调整、温水坐浴等基础治疗后创面愈合不良者，建议局部涂抹或湿敷于肛裂创面，以促进溃疡愈合，降低肛裂复发风险[33]。

2.5.4 缓解便秘药物

推荐意见18：对于肛裂患者，无论急性期还是慢性期，均推荐常规使用通便药物，以保持大便松软通畅，避免排便困难加重肛裂（推荐等级：强烈推荐）。

便秘是肛裂发生和复发的主要诱因，改善排便情况是治疗的基础和关键环节，容积性泻剂和渗透性泻剂为治疗便秘的首选药物。容积性泻剂如欧车前、甲基纤维素、聚卡波非钙等，通过增加粪便体积，刺激肠壁蠕动，从而缓解便秘。其优点是作用温和，安全性强，适合长期使用[34]。渗透性泻剂如聚乙二醇4000、乳果糖，通过在肠道内形成高渗环境，吸收水分，软化大便，增加粪便体积，促进排便[35]。这类药物不易被肠道吸收，对肠道刺激小，是目前临床推荐的一线缓泻剂。对于肛裂患者，无论急性或慢性，均应常规使用缓泻剂以保持大便柔软通畅，避免排便时对肛裂创面的再次损伤。用药期间需注意补充水分，以确保药物效果。

2.6 手术治疗肛裂的时机及指征 手术治疗肛裂的时机应基于规范的诊断与分类，通常在充分、规范地保守治疗无效后考虑。

肛裂患者手术的主要指征包括[36]：（1）符合慢性肛裂诊断标准，且伴随典型的“肛裂三联征”。（2）经充足疗程规范、积极地保守治疗后，症状和体

征无改善或反复发作。(3)肛裂本身导致或加重肛管狭窄,表现为排便困难、肛门指诊通过困难或肛门镜无法顺利插入。(4)肛裂并发皮下瘘、肛周脓肿等感染性疾病,或伴有严重的静脉曲张。(5)药物治疗无法有效降低肛管静息压,痉挛性疼痛持续存在。(6)持续的剧烈疼痛、反复便血、排便恐惧导致患者生活质量严重受损,无法正常工作和生活,患者有强烈的手术意愿。

手术干预的时机应建立在对药物治疗效果进行充分、客观评估的基础上。一旦患者满足上述“药物治疗无效的判定标准”,并符合至少一项“需要手术的主要指征”,即应及时建议并考虑手术治疗,避免无谓地延长患者的痛苦和增加并发症风险。

3　结语

本共识系统阐述了肛裂的病因病机、诊断标准、分期治疗原则及核心目标,详细构建了涵盖中医内治法、外治法与西医药物相结合的临床用药体系。共识特别强调治疗应依据病程分期和中医辨证分型进行个体化方案制定,将通腑润肠、缓解疼痛、促进愈合作为治疗关键,并注重长期管理以预防复发。同时,明确界定了规范药物治疗无效后的手术干预条件,为临床医师在肛裂的规范化治疗和阶梯化决策方面提供了重要的参考依据,有助于提升肛裂的临床诊疗水平。

利益冲突:

参与本共识制定的所有专家均声明不存在利益冲突

专家共识提出单位:

河南省中医药学会肛肠分会,河南省中药材协会肛肠专业临床用药指导委员会,河南省中医药研究促进会肛肠分会

专家共识牵头人:

刘佃温(河南中医药大学第三附属医院)

专家共识顾问:

贾小强(中国中医科学院西苑医院),柳越冬(辽宁中医药大学第三附属医院),孙松朋(北京中医药大学东直门医院),王琛(上海中医药大学附属龙华医院),于永铎(辽宁中医药大学第二附属医院),张虹玺(辽宁中医药大学第三附属医院),赵刚(青岛大学附属医院)

专家共识委员会成员(以姓氏拼音首字母为序):

蔡郁辉(濮阳市人民医院),丁建华(商丘市中医院),高宗跃(河南中医药大学第二附属医院/河南省中医院),冀二锋(河南中医药大学第三附属医院),靳胜利(开封市中医院),九俊雷(驻马店市中医院),李春丽(睢县人民医院),李雪芹(河南神火集团总医院),李相臣(新乡市中心医院),李云霞(平顶山市第一人民医院),连加玉(周口市中心医院),刘佃温(河南中医药大学第三附属医院),刘海(南阳市中医院),刘世举(河南中医药大学第三附属医院),闵连永(信阳市中心医院),牛明了(河南中医药大学第二附属医院/河南省中医院),邱胜民(濮阳市油田总医院),宋晓锋(许昌市中心医院),孙丙军(河南中医药大学第三附属医院),孙宏普(洛阳市中医院),田欣(济源市人民医院),王芳增(濮阳市第三人民医院),吴春生(南阳张仲景医院),席作武(河南中医药大学第二附属医院/河南省中医院),杨会举(河南中医药大学第三附属医院),叶鹏飞(河南科技大学第一附属医院),于秀芝(驻马店市中心医院),张传举(安阳市中医院),张双喜(河南中医药大学第一附属医院),张胜威(河南中医药大学人民医院/郑州人民医院)

专家共识执笔人:

刘世举(河南中医药大学第三附属医院),屈俊旺(河南中医药大学),范勇臣(河南中医药大学),范瑶媛(河南中医药大学第三附属医院)

参考文献:

[1]李春雨. 中国肛肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2019:876-880.

[2]中华中医药学会肛肠分会. 中国肛肠疾病流行病学调查(2015)[J]. 中华胃肠外科杂志,2016,19(8):841-843.

[3]陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:419-420.

[4]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国肛裂临床诊治指南(2020 版)[J]. 中华普通外科杂志,2020,35(12):937-940.

[5]李曰庆. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2017.

[6]中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:38-40.

[7]Schouten W R, Briel J W, Auwerda J J, et al. Conservative versus surgical treatment for chronic anal fissure[J]. Cochrane Database Syst Rev,2018,11:CD003431.

[8]任东林,王业皇,张书信. 中西医结合肛肠病学[M]. 北京:科学出版社,2018:187-190.

[9]中国医师协会外科医师分会肛肠外科医师委员会. 中国肛肠病诊疗指南(2020 版)[J]. 中华胃肠外科杂志,

2020,23(9):821 – 828.
[10]Practice Parameters Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Anal Fissures[J]. Dis Colon Rectum, 2016,59(3):239 – 249.
[11]徐晓旭,刘卫民,李晓华. 肛裂治疗的研究进展[J]. 中国肛肠病杂志,2022,42(12):59 – 61.
[12]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006 版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461 – 463.
[13]Mann C V,Glenn J,MacDermott R P. Anal fissure:an update on diagnosis and management[J]. Am J Gastroenterol,2007,102(3):619 – 628.
[14]张东铭. 盆底肛直肠外科理论与临床[M]. 北京:人民军医出版社,2011.
[15]田振国,韩宝. 中国肛肠病诊疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:456 – 459.
[16]陈红风. 中医外科学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社,2021.
[17]李梦洁,王军省. 中医外治法在肛裂治疗中的应用研究进展[J]. 新疆中医药,2020,38(2):97 – 99.
[18]刘涛,胡海北,王洪. 加味凉血地黄汤口服联合苦参汤坐浴用于血热肠燥型肛裂术后的疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志,2022,42(12):33 – 35.
[19]穆永保,王建民. 凉血地黄汤加减联合痔瘘洗剂治疗肛裂(血热肠燥证)的临床研究[J]. 湖北中医杂志,2022,44(11):42 – 44.
[20]李丹,乔小磊,王晨,等. 基于数据挖掘和网络药理学研究中医药治疗肛裂的用药规律及作用机制[J]. 中医研究,2024,37(10):79 – 86.
[21]杨忠华,吴学良,吴莺,等. 中药熏洗坐浴方药在肛肠疾病术后运用的研究进展[J]. 中国药物经济学,2025,20(10):118 – 122.
[22]段展辉,刘桂荣. 中药熏洗治疗肛裂的用药规律及熏洗时间、温度探讨[J]. 中成药,2023,45(1):287 – 292.
[23]周宇翔,徐思敏,刘洋,等. 中药坐浴温度对混合痔外剥内扎术后患者舒适度及并发症的影响[J]. 上海中医药杂志,2024,58(6):61 – 64.
[24]陈淑玲,单苏圆. 肛裂的病因病机与中医外治法[J]. 内蒙古中医药,2020,39(3):151 – 153.
[25]王彬彬. 黄连膏油膏肛门滴入治疗单纯性肛裂的临床观察[J]. 中西医结合研究,2015,7(5):250 – 251.
[26]张慧,胡晓阳,彭迎迎,等. 凉血地黄汤联合生肌玉红膏治疗血热肠燥型肛裂的临床观察[J]. 江西中医药,2018,49(2):46 – 47.
[27]朱煜璋,郭修田. 中医外治法在良性肛肠疾病中的运用研究进展[J]. 上海中医药杂志,2023,57(11):95 – 100.
[28]张丹丹,窦英磊,张美云. 穴位贴敷联合胃肠动力治疗仪治疗功能性便秘的临床效果[J]. 医药前沿,2025,15(29):89 – 92.
[29]欧剑标,梁群英,肖国红. 苦参汤坐浴联合复方盐酸利多卡因注射液局部注射治疗急性肛裂临床观察[J]. 河北中医,2018,40(4):511 – 515.
[30]郑利. 双氯芬酸钠栓预防肛裂术后并发症的临床分析[J]. 中国实用医药,2021,16(2):128 – 129.
[31]吴跃锐,龚建安,梁盛枝. 钙通道阻滞剂与硝酸甘油局部应用治疗慢性肛裂的比较研究[J]. 结直肠肛门外科,2013,19(6):352 – 355.
[32]霍维宇,丁曙晴,王岚,等. 肉毒毒素在肛肠外科的应用[J]. 医学新知杂志,2008,18(1):45 – 46,49.
[33]郑军,黄晓元,韦星. 重组人表皮生长因子促进大鼠皮肤创面愈合的研究[J]. 中华整形外科杂志,2005,21(5):379 – 383.
[34]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,李岩,王垂杰,等. 功能性消化不良中西医结合诊疗专家共识(2025 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2025,33(11):1004 – 1015.
[35]方秀才,柯美云,胡品津,等. 聚乙二醇 4000 治疗成人功能性便秘疗效及安全性评价[J]. 中国新药杂志,2002,11(6):479 – 483.
[36]中华中医药学会肛肠分会. 肛裂中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中医杂志,2017,58(12):1070 – 1073.
[37]刘志伟,王振宜,魏东.《肛裂临床诊治中国专家共识(2021 版)》要点解读[J]. 结直肠肛门外科,2022,28(3):239 – 242.

收稿日期:2026 – 03 – 05
编辑:孙铮