妊娠期混合痔中西医结合诊疗河南专家共识(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:本共识系统阐述妊娠期混合痔的发病机制、分类、临床表现、检查评估、治疗原则及中西医结合治疗方案,强调“安全第一、分期干预、多学科协作”原则。西医认为该病发生与妊娠压迫及激素水平变化相关,中医认为其病机与胎元不固、湿热下注、气血失和等有关。治疗遵循保守、药物、手术阶梯式模式,以非药物干预为基础的中西医结合治疗方案,包括饮食调节、中药内服外用、西药对症处理及物理治疗,手术干预仅限于严重并发症且保守治疗无效者。本共识旨在为临床提供科学、规范、实用的诊疗参考。

关键词:妊娠期混合痔;中西医结合;诊疗方案;专家共识
DOI:10.16368/j.issn.1674-8999.2026.07.202
中图分类号:R259.748　　**文献标志码**:A　　**文章编号**:1674-8999(2026)07-1364-10

Consensus of Henan Experts on Integrative Medicine Diagnosis and Treatment of Mixed Hemorrhoids During Pregnancy (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

Abstract: This consensus systematically elaborates on the pathogenesis, classification, clinical manifestations, examination and evaluation, treatment principles, and integrative medicine treatment scheme for mixed hemorrhoids during pregnancy, emphasizing the principles of "safety first, staged intervention, and multidisciplinary collaboration". Western medicine believes its occurrence is related to pregnancy compression and changes in hormone levels, while traditional Chinese medicine considers its pathogenesis related to unstable fetal Yuan Qi, downward flow of Damp-Heat, and disharmony of Qi and blood. Treatment follows a stepwise model of conservative, pharmacological, and surgical interventions. The integrated Chinese and Western medicine treatment plan based on non-drug interventions includes dietary adjustment, internal and external application of Chinese medicine, symptomatic treatment with Western medicine, and physical therapy. Surgical intervention is limited to severe complications where conservative treatment is ineffective. This consensus aims to provide clinical scientific, standardized, and practical diagnostic and treatment reference.

Key words: mixed hemorrhoids during pregnancy; integrative medicine; diagnosis and treatment scheme; expert consensus

混合痔是临床最常见的肛肠疾病之一,病理本质为肛垫支持结构、血管丛及动静脉短路的病理性改变与移位,临床表现为出血、脱垂、疼痛等,可发生于任何年龄,以 30~49 岁人群发病率最高[1]。女性经历月经、妊娠、分娩、绝经等生理阶段,各时期体内环境差异显著[2]。妊娠期混合痔发病率较普通人群明显升高[3]。据相关数据统计,在妊娠初期,混合痔发病率为 25%~30%,而在妊娠后期,混合痔的发病率甚至高达 85%[4]。

西医认为,妊娠期混合痔的发生主要与以下因素相关:解剖因素:妊娠期盆腔血容量增加,增大的子宫压迫直肠及周围静脉丛,导致静脉回流受阻,引

* **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}
✉ **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

发静脉丛病理性扩张与瘀血；激素因素：妊娠期雌激素和孕激素水平升高，使血管壁和结缔组织松弛、张力下降，肛垫支持结构减弱，增加痔核肿胀与脱垂风险[5]；排便力学因素：孕妇常因便秘导致腹压升高，进一步加重肛门区静脉丛充血与肛垫下移，诱发或加重痔核症状。

中医认为，妊娠期混合痔的病机与妊娠生理特点密切相关，宜分期辨析以指导精准施治。妊娠早期（≤12 周）：胎元初结，阴血下聚养胎，母体阴血相对不足，气血重新分布，肠道失于濡润，易致血虚肠燥，加之胎气未稳，气机升降失调，若饮食不节或情志失调，可诱发便干、便血。妊娠中期（13 ~ 26 周）：胎体渐长，胞宫膨隆，气机运行受阻，中焦枢机不利，水湿运化失常，易酿湿热下注。湿热蕴结肠道，瘀滞魄门，气血壅塞，常见痔核肿痛、出血色鲜、肛门灼热，或伴肛缘水肿。妊娠晚期（≥27 周）：胎儿充盛，母体气血相对不足，痔核局部失于濡养，升提固摄无力，呈现气虚下陷之象。气虚则痔核脱出频繁，甚或嵌顿，血虚则肠道失润，便难努责，进一步加重脱垂与血络损伤。

妊娠妇女属于特殊群体，在痔疮急性发作时，治疗手段和药物选择方面均存在一定的特殊性和局限性[6]。然而，目前国内尚未对妊娠期混合痔的中西医诊疗方案制定相关共识意见。为了保障母婴安全，降低妊娠期混合痔症状发作风险，针对妊娠期女性生理变化和用药限制，搜集近 20 年来国内外有关混合痔的临床研究、诊疗方案及妊娠期用药等相关文献 3 000 余篇，其中有关妊娠期混合痔文献 56 篇，同时参考国内外共识制定方法，经过多次讨论修改，并对相关内容进行投票表决，达成《妊娠期混合痔中西医结合诊疗河南专家共识（2026 版）》（以下简称“共识”），旨在规范、指导妊娠期混合痔的治疗，为临床医师提供实用指导。

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”3 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 及 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：推荐采用 Goligher 分期（Ⅰ—Ⅳ度）作为妊娠期内痔的临床诊断分度标准，为病情评估和治疗方案制定提供依据（推荐强度：强烈推荐）。

根据发病部位的不同，可将痔分为内痔、外痔和混合痔。其中，妊娠晚期痔的发病率比妊娠早中期增加，并以混合痔及外痔的增加为主，单纯性内痔较少[7]。

本标准在 Goligher 分期原理基础上，结合妊娠期腹压持续升高、激素水平变化及盆底静脉瘀血等病理生理特点制定，旨在规范妊娠期内痔的临床评估，指导分级干预[8]。根据病情由轻至重分为 4 度：Ⅰ度（轻度）以黏膜下血管丛瘀血增生、肛垫无下移为特征，临床表现为无痛性鲜红色便血，无痔核脱出，是妊娠期痔病常见的首发表现，需注意监测出血量，预防妊娠期贫血。Ⅱ度（中度）表现为肛垫可复性下移，便血常见，排便时痔核脱出但可自行还纳，随孕周增加、腹压升高，脱出频率增加，需警惕还纳延迟所致水肿性嵌顿。Ⅲ度（重度）因肛垫支持结构明显松弛或断裂，痔核脱出后需手法辅助方可还纳，多见于妊娠中晚期，易并发水肿、血栓，疼痛明显，需积极干预。Ⅳ度（极重度/嵌顿期）为肛垫结构严重损伤所致，痔核持续脱出难以还纳，继发充血、水肿、血栓、感染甚至坏死，伴剧烈疼痛，属产科 - 肛肠科急症，剧烈疼痛及感染风险可诱发宫缩，需紧急处理[9]。

推荐意见 2：将外痔分为结缔组织性、血栓性、静脉曲张性及炎性 4 类，作为妊娠期外痔的临床诊断分型依据（推荐等级：强烈推荐）。

外痔为齿状线以下肛周病变，临床表现为肛门坠胀、疼痛、潮湿瘙痒或异物感。根据病理特点及临床表现分为 4 型[10]。结缔组织性外痔为肛缘柔软、无痛性皮赘，表面皮肤正常，常因局部清洁困难或潮湿不适就诊，无出血及急性肿痛。血栓性外痔起病突然，肛缘剧痛，可触及质地坚韧、呈暗紫色的肿物，触痛明显，愈后多遗留纤维性皮赘。静脉曲张性外痔表现为肛缘柔软、可压缩的囊状或蚯蚓状团块，腹

压增高时突出明显，平卧后可减轻，常伴肛门坠胀感，急性发作时可出现水肿及疼痛。炎性外痔则以肛缘皮肤红肿、灼热、疼痛为主要特征，可伴有渗出、糜烂或浅表溃疡，触痛明显。

推荐意见 3：依据“内痔与外痔血管丛跨齿状线相互融合”的解剖学特征，结合出血、脱出、疼痛等临床表现，综合确定妊娠期混合痔的诊断（推荐等级：强烈推荐）。

混合痔的诊断需同时具备内痔与外痔的临床特征。内痔部分主要表现为无痛性便血（多为滴血或喷射状出血）及痔核脱出；外痔部分则表现为肛缘肿物、疼痛、异物感及潮湿瘙痒。临床评估时，应根据痔核脱出情况及可否还纳，参照内痔的分度标准进行病情判断。当病变累及肛管全周时，即形成环状混合痔，表现为排便时痔核呈环状或梅花样脱出，严重者可发生嵌顿，导致剧烈疼痛、水肿甚至缺血性坏死[11]。

推荐意见 4：应全面采集患者病史，包括症状特点、生活习惯、既往史、用药史及孕产史，为明确诊断与制定个体化治疗方案提供依据（推荐强度：强烈推荐）。

全面详尽的病史采集是诊断与治疗的基础，具体包括：症状特点（便血、脱出、疼痛的诱因、频率、持续时间、程度及演变过程），生活习惯（饮水、膳食纤维摄入、排便习惯、久坐久站负重等），既往病史（肛肠疾病史、手术史、慢性病史、肿瘤家族史、精神心理史），用药史（处方药、非处方药、中药），孕产史（孕周、既往妊娠分娩史、并发症）。

推荐意见 5：根据妊娠期不同阶段（早、中、晚）实施差异化的肛门检查，遵循“安全优先、指征明确、操作轻柔”原则（推荐强度：强烈推荐）。

肛门检查须结合妊娠期生理特点，在明确指征前提下，依据妊娠期不同阶段采取差异化策略。妊娠早期为胚胎器官分化的关键时期，原则上不推荐使用肛门镜检查，以肛门视诊为首选，若确需行肛门指诊，应在充分知情同意后，以极轻柔手法操作，全程避免引起腹压明显升高或显著疼痛刺激。妊娠中期胎儿状态相对稳定，如有明确指征，可在综合评估后谨慎选用肛门镜检查，操作前应充分沟通、动作缓和，避免过度扩肛，仍以肛门视诊及轻柔指诊为首选方式。妊娠晚期子宫明显增大，早产风险增加，检查应以肛门视诊及轻柔指诊为主，原则上避免肛门镜检查，并禁止孕妇长时间维持截石位，以免增大子宫压迫下腔静脉、影响回心血量与胎盘灌注，建议采用左侧卧位进行检查。所有操作均应手法准确、避免粗暴，注意保护患者隐私，给予必要心理支持以缓解焦虑，检查前后需主动询问患者感受，并密切监测是否出现宫缩等产科异常情况。

推荐意见 6：药物选择应参考《中华人民共和国药典（2025 年版）》及美国食品药品监督管理局（Food and Drug Administration，FDA）妊娠用药分级，避免使用具有致畸性或可刺激子宫收缩的药物（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期混合痔的药物治疗，应严格遵循《中华人民共和国药典（2025 年版）》[12]及 FDA 妊娠用药分级[13]的相关规定，优先选择安全性明确的药物，避免使用对胎儿具有致畸风险或可能刺激子宫收缩的药物。尤其在高敏的妊娠早期，应禁用血管活性药物、细胞毒性药物及明确致畸的抗生素。同时，刺激性泻药及收缩血管作用较强的局部制剂亦应慎用，以最大限度保障母婴安全。

推荐意见 7：应根据妊娠期不同阶段（早、中、晚）采取差异化的治疗措施，保障妊娠安全（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期混合痔的治疗应遵循“分期而论、动态调整”的原则，根据不同孕周的生理特点制定个体化干预策略。妊娠早期以非药物干预为核心，优先通过调整饮食结构、建立规律排便习惯及中药外用热敷等方式缓解症状，严格避免使用具有活血化瘀功效的中药及各类侵袭性操作，以防诱发子宫收缩或影响胚胎着床稳定性。妊娠中期可在密切监测母胎状态的前提下，谨慎选用局部用药，并严格遵循药品说明书的妊娠用药分级，如确需手术干预，须经妇产科、麻醉科、肛肠科等多学科会诊充分评估，选择创伤小、安全性高的微创术式。妊娠晚期则以对症支持治疗为主，重点控制出血、水肿及脱垂症状，避免过度干预。产后建议至少 6～8 周，待恶露完全干净、产道伤口愈合、产妇体力恢复后，再全面评估是否需手术治疗。通过分期管理，可在控制症状的同时，最大限度保障母婴安全。

推荐意见 8：建议建立多学科联合诊疗模式（multidisciplinary team，MDT），由肛肠科、妇产科、麻醉科等共同评估手术的必要性、时机与风险（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期混合痔诊疗需平衡母胎安全与专科干预，MDT 是保障决策科学、安全的关键举措。MDT 在以下指征时启动：（1）Ⅲ度及以上内痔经规范保守治疗无效；（2）痔核嵌顿需手法或手术复位；（3）

合并严重出血导致贫血(血红蛋白 < 80 g · L^{-1});(4)需麻醉或手术干预者。

MDT 流程如下:由首诊医师发起,原则上在 24 h 内完成多学科会诊,核心成员应包括肛肠科、妇产科、麻醉科医师,必要时邀请重症医学科、儿科、心内科、药学部等相关科室参与协作。会诊应基于孕周、病情严重程度及胎儿发育状况,综合制定“非手术/手术 - 麻醉方式 - 术后监护”一体化方案,并将会诊记录纳入病历,同时向孕妇及家属充分告知诊疗计划及相关风险。

在妊娠晚期,原则上以非手术治疗控制症状为主,根治性手术建议推迟至产后 6 ~ 8 周,待产妇生理状态恢复、恶露干净、产道愈合完善,并经系统麻醉评估后再行实施。整个诊疗过程须始终将胎儿安全置于首位,充分评估母婴对麻醉及手术的耐受性,确保干预措施安全、适度、有序[14]。

推荐意见 9:妊娠期痔病合并便秘患者优先通过调整饮食结构缓解症状(推荐强度:强烈推荐)。

有研究表明,妊娠早期和妊娠晚期的便秘症状与痔病的发生有显著相关性[15]。妊娠期妇女在痔急性发作时,建议优先通过改善生活饮食习惯控制便秘,同时缓解痔的症状,这是妊娠期针对便秘最合理和最安全的建议[16]。每日需保证≥30 g 膳食纤维摄入(如燕麦、火龙果、菠菜等),并少量多次饮水,饮水量≥2 000 mL,以维持粪便松软度,降低排便时肛管压力。同时,严格禁食辛辣、酒精及腌制食品,以减少血管充血风险。

推荐意见 10:外治法(包括坐浴、湿敷、熏洗)是缓解妊娠期痔的有效方法,需严格遵循安全规范,结合辨证施治,并根据妊娠期不同阶段(早、中、晚)调整治疗方法(推荐强度:强烈推荐)。

外治法:外治法通过药液或温水的热力与药物渗透作用,促进肛周血液循环,达清热燥湿、消肿止痛、收敛止血之效[17]。临床应遵循“辨证为先、分期施治、安全首位”三大原则,根据湿热下注证、血热妄行证、气滞血瘀证等不同证型选择相应功效的药物,依据妊娠早期、中期、晚期的生理特点调整外治方法与用药强度,严格执行温度、体位、卫生等安全规范,确保母胎安全。

辨证施治与药物选择:清热燥湿类:适用于湿热下注证,表现为痔核肿痛、肛门灼热、分泌物多等。常用药物包括黄芩、黄柏、蒲公英、野菊花、金银花、紫花地丁等。此类药物在《金匮要略》[18]、《太平圣惠方》[19]、《丹溪心法》[20]、《景岳全书》[21]等古籍中均有记载,为妇科清热安胎之常用药[22]。

活血通络类:适用于气滞血瘀证,以痔核脱出、坠胀疼痛、血栓形成为特征。常用药物如鸡血藤、益母草等药性温和之品。值得注意的是,川芎、红花等活血作用较强的药物虽在《备急千金要方》[23]艾叶汤及现代临床中用于治疗妊娠血瘀证[24],但仍属妊娠慎用药范畴,临证须严格把握适应证,权衡利弊后谨慎使用,妊娠早期原则上不宜选用。

凉血止血类:适用于血热妄行证,以便血鲜红、量多为特征。常用药物有地榆、槐花、茜草根、大蓟、小蓟、侧柏叶等。此类药物在《女科百问》[25]、《女科切要》[26]中多用于治疗妊娠胎漏、胎动不安出血,临床应用历史悠久。

外治用药应在中医辨证指导下进行,以药性平和、功效明确、妊娠安全性高为基本原则。

分期施治与操作规范:妊娠早期:此期为胚胎器官分化的关键时期,干预应以“最大程度减少刺激”为核心原则。推荐采用限时温水坐浴,水温严格控制在 38 ~ 40 ℃,每次持续时间不超过 10 min,每日 1 ~ 2 次,建议于便后进行。应避免使用成分复杂的中药煎剂,坐浴结束后起身需有人辅助,以防发生体位性低血压。熏洗疗法在本期原则上不推荐使用。

妊娠中期:胎儿发育进入相对稳定期,为外治法实施的适宜时间窗。可选择温水坐浴,或在中医师辨证指导下审慎选用中药坐浴。坐浴方药宜选用药性平和、具清热利湿或凉血止血功效之品,如地榆、槐花、黄柏、蒲公英等,须严格规避《中华人民共和国药典》规定的妊娠禁用与慎用药材,药液浓度不宜过高。中药熏洗可在医师指导下应用,但须使用马桶座椅式装置,避免久蹲增加腹压。

妊娠晚期:此期子宫体积显著增大,长时间坐位可增加腹内压,潜在诱发宫缩及早产风险,传统坐浴方式不推荐。替代方案首选“中药液湿敷联合外用药膏覆盖”疗法。具体操作方法:将经辨证开具、煎煮并冷却至 38 ~ 40 ℃的药液浸透无菌纱布,拧至不滴沥状态,敷贴于肛周患处,每次持续 15 ~ 20 min,每日 2 ~ 3 次,湿敷前后可局部涂抹妊娠期安全性明确的痔疮软膏,并以无菌敷料覆盖固定。该方案避免了会阴部完全浸没,能有效降低对子宫的物理压力及上行感染风险。熏洗疗法因子宫增大明显、热蒸汽可能加剧坠胀感,需格外谨慎,原则上以湿敷替代。

外治法须严格遵守安全规范,温度:38 ~ 40 ℃,以腕部测试无灼热感为准,禁用过热液体;体位:专

用坐浴器具，靠坐位并背部支撑，严禁截石位或盆浴，避免压迫下腔静脉及腹主动脉；卫生：器具专人专用，前后清洁消毒；终止指征：出现腹部紧缩感、坠胀、疼痛或胎动异常，立即停止并咨询妇产科医师。

推荐意见 11：口服中药须严格辨证施治，参照《中华人民共和国药典》妊娠用药禁忌，优先选用安胎药物化裁（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期混合痔的中药内服治疗，应遵循“辨证论治、顾护胎元、分期制宜”三大原则。临证时须严格参照《中医外科学》[10]的辨证分型标准，并结合孕周特点，在《中华人民共和国药典》[12]妊娠用药禁忌框架内，优先选用历代经典安胎方剂中经长期临床验证安全性良好的药物，实现“治病与安胎并举”的治疗目标。妊娠期肛肠疾病主要分为以下 4 型：

风伤肠络证：症状：大便带血、滴血或喷射状出血，血色鲜红，或伴肛门瘙痒，舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。治法：清热凉血祛风，兼顾安胎。推荐方药：凉血地黄汤加减（妊娠期优化版）。组成：生地黄 15 g，当归尾（减量）6 g，槐角 10 g，地榆 10 g，黄芩 10 g，天花粉 10 g，生甘草 6 g，白茅根 15 g，桑寄生 12 g。方解与安全性：方中生地黄清热凉血而不活血，避免扰动胎元[27]；当归尾减量使用，取其养血和血之功而弱化活血通经之性[28]；槐角、地榆凉血止血而性缓，对子宫平滑肌无兴奋作用[29]；黄芩为清热安胎核心药物，可调节母胎界面免疫平衡[30]；生甘草调和诸药，缓解子宫平滑肌紧张[31]；白茅根甘寒，清热凉血，止血而不伤胎[32]；桑寄生补肝肾、安胎元，抑制子宫平滑肌收缩[33]。全方共奏清热凉血、祛风安胎之效。

湿热下注证：症状：便血色鲜红，量较多，肛内肿物外脱可自行还纳，肛门灼热感；舌质红，苔黄腻，脉弦数。治法：清热利湿，止血安胎。推荐方药：脏连丸加减（妊娠期优化版）。组成：黄芩 10 g，生地黄 12 g，槐花 10 g，地榆 10 g，荆芥穗 6 g，阿胶（烊化）10 g，白芍 12 g，鸡血藤 10 g。方解与安全性：黄芩清热安胎[30]；生地黄凉血养阴而不碍胎[27]；槐花、地榆凉血止血，对子宫无兴奋作用[29]；荆芥穗祛风止血，对子宫平滑肌无明显影响[34]；阿胶补血止血，改善胎盘血供[35]；白芍养血敛阴，抑制子宫平滑肌收缩[36]；鸡血藤补血通络，改善贫血且不伤胎[37]。全方清热利湿与止血安胎并重。

气滞血瘀证：症状：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，和血通络（妊娠期活血须温和，兼顾安胎）。推荐方药：止痛如神汤加减（妊娠期优化版）组成：秦艽 10 g，皂角子 6 g，苍术 10 g，防风 6 g，黄柏 10 g，当归尾（减量）6 g，泽泻 10 g，鸡血藤 12 g，白术 12 g。方解与安全性：秦艽祛风除湿而性缓[38]；苍术燥湿健脾，固护中焦[39]；防风祛风止痛而不燥烈[40]；黄柏清热燥湿，对子宫无兴奋作用[41]；当归尾减量取其和血之功[42]；泽泻利水渗湿，缓解水肿[43]；鸡血藤补血活血，性温和，可替代峻烈活血药[37]；白术健脾安胎，增强胎盘血供[44]。全方体现“活血而不破血、祛瘀而不伤胎”之旨。

脾虚气陷证：症状：肛内肿物脱出不能回纳，甚或肛管紧缩、坠胀疼痛，肛缘水肿或血栓形成，触痛明显；舌质暗红，苔白，脉细涩。治法：补中益气，升阳安胎。推荐方药：补中益气汤加减（妊娠期优化版）。组成：黄芪 15 g，党参 12 g，白术 10 g，甘草 6 g，陈皮 6 g，柴胡 6 g，荷叶 10 g。方解与安全性：黄芪补气升阳，改善胎盘血供[45]，白术健脾安胎，为妊娠期首选[44]，党参补气健脾，作用温和且安全性优于人参，甘草调和诸药，陈皮理气和中[46]，柴胡小剂量疏理气机[47]，荷叶升清阳而不燥烈，替代升麻兼顾安全[48]。全方补中益气、升阳安胎，契合“虚者补之、陷者举之”治则。

推荐意见 12：妊娠期西药治疗应参照 FDA 妊娠药物分级，局部用药优先选择 FDA 中 B 类药物，全身用药需严格把握应证与疗程（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期混合痔的西药治疗应遵循“局部优先、分级管理、严格控程”的原则，以 FDA 妊娠用药分级[13]为依据，确保药物选择的安全性。

局部用药：黏膜保护剂：如复方多黏菌素 B 软膏（FDA 妊娠 B 类）、氧化锌软膏。建议于温水清洁后涂抹于痔核及肛管区域，每日 2 次（便后及睡前使用）。

抗炎镇痛药：可选用利多卡因乳膏（FDA 妊娠 B 类）、氢化可的松乳膏（FDA 妊娠 C 类）或双氯芬酸钠栓（FDA 妊娠 C 类）。在痔核急性水肿期，可短期外用硫酸镁溶液或高渗盐水湿敷，使用时间不宜超过 7 d，以缓解局部水肿与疼痛。

便秘处理：可选用乳果糖口服液（FDA 妊娠 B 类），每日 10～15 mL，或聚乙二醇 4000 散（FDA 妊娠 B 类），以软化粪便，减少排便时对肛管的机械刺激。

贫血纠正：当血红蛋白 $<110\ g\cdot L^{-1}$ 时，建议口

服琥珀酸亚铁片，并可联用维生素 C 以促进铁剂吸收。治疗期间应每 2 ~ 4 周复查血常规，评估疗效并调整剂量。

推荐意见 13：物理治疗可作为妊娠中、晚期混合痔的辅助治疗方式，需在医师指导下进行，并避免光线直接照射子宫区域（推荐强度：推荐）。

物理治疗是无创、安全的补充手段，适用于药物不耐受或症状较轻者。临床常采用冷敷、红光或红外线照射，通过光生物效应促进肛周局部血液循环[49]，加速炎症吸收，从而缓解水肿、疼痛及出血[50]，该疗法无辐射风险，对胎儿安全性较高[51]，现有研究表明其对胎儿较为安全，未增加畸形或早产风险[52]。

红光治疗（波长 600 ~ 700 nm）主要适用于疼痛和出血症状，建议每次照射 15 ~ 20 min，每日 1 ~ 2 次，7 ~ 10 d 为 1 个疗程，照射距离 15 ~ 20 cm，红外线治疗（波长 760 ~ 1 500 nm）主要适用于缓解水肿和肛门坠胀感，建议每次照射 10 ~ 15 min，每日 1 次，5 ~ 7 d 为 1 个疗程，照射距离 20 ~ 30 cm。冷敷疗法适用于急性血栓性外痔或局部肿痛显著者，可用毛巾包裹冰袋外敷肛周，每次 10 ~ 15 min，每日 2 ~ 3 次，有助于血管收缩、减轻水肿与疼痛。物理治疗须严格遵守安全规范，肛周存在化脓性感染或活动性出血者为禁忌，治疗时需遮蔽会阴及胎儿暴露部位，严禁光线直射子宫区域，照射时监控皮温，避免超过 40 ℃，妊娠早期慎用光疗，治疗过程中如出现局部灼痛、皮肤红肿加重、腹部不适或自觉胎动异常，应立即停止操作。

推荐意见 14：当痔核嵌顿无法回纳并伴有剧烈疼痛时，应及时实施手法复位。操作须轻柔规范，并在胎心监护下进行（推荐强度：强烈推荐）。

适应证：嵌顿时间较短（通常 <72 h），痔核表面黏膜完整、颜色鲜红或暗红，但无紫黑、坏死表现，且疼痛剧烈需紧急缓解者。

禁忌证：痔核已出现明显紫黑、坏死或溃疡；伴有严重感染、发热或脓毒症迹象；孕妇正处于先兆流产或早产活跃期（出现规律宫缩、宫颈管缩短等）；孕妇无法耐受操作体位。

准备与评估：详细告知孕妇及家属操作的必要性、步骤、潜在风险（如诱发宫缩、复位失败）及可能需后续手术，并签署知情同意书。

人员与设备：建议由肛肠科与产科医师共同操作，产科医师负责持续胎心监护。需准备胎心监护仪、无菌液状石蜡、无菌手套、敷料，并备好局部麻醉药物。

患者准备：嘱患者排空膀胱，安抚情绪，配合治疗。

操作步骤：全程胎心监护，观察胎心率基线、变异及减速，操作后至少观察 30 min，监测宫缩。同时监测孕妇生命体征及有无腹痛加剧、面色苍白、出冷汗等。

协助孕妇取左侧卧位，双膝屈曲，臀部垫高，充分暴露肛周。该体位可减轻子宫对下腔静脉压迫，利于胎盘循环，全程避免截石位。若孕妇疼痛剧烈，可于操作前在肛周局部浸润少量不含肾上腺素的利多卡因，以减轻疼痛反应及可能诱发的宫缩。随后用无菌液状石蜡充分涂抹于肛周皮肤、肛管及嵌顿痔核表面，确保润滑充分。操作者戴无菌手套，用覆有纱布或棉垫的食指、中指指腹，轻柔、持续、均匀地向直肠方向推挤嵌顿痔核的基底部，同时嘱孕妇缓慢深呼吸，在其呼气、肛门括约肌放松时顺势推送，绝对禁止暴力抓捏或强行挤压痔核体部。若水肿严重，可先行冷敷 10 ~ 15 min 后再尝试复位。复位成功的标志为痔核完全回纳入肛管，肛门外观恢复正常，患者疼痛感显著减轻。

操作过程中如出现以下任一情况，应立即终止操作。胎心率出现异常（如持续心动过缓、晚期减速），孕妇出现规律或强直宫缩，复位过程中痔核破裂出血或怀疑损伤加重，患者无法耐受疼痛或体位，尝试 5 ~ 10 min 后复位困难。此时不可强行操作，应重新评估并制定后续处理方案。

复位后综合处理与随访管理：复位成功后，应指导孕妇以左侧卧位卧床休息 1 ~ 2 h，以维持胎盘循环稳定，24 h 内避免久坐、久站及用力排便，防止腹压升高导致再次脱出。同时加强排便管理，指导调整饮食结构，增加膳食纤维及水分摄入，必要时辅以缓泻剂，避免次日排便时因努责诱发痔核复脱。应向孕妇及家属详细告知需紧急就医的指征，包括出现剧烈腹痛、阴道流血流液、胎动异常或痔核再次脱出无法回纳等情况。复位后 24 ~ 48 h 内应安排肛肠科门诊复查，评估复位稳定性、局部水肿消退情况及有无继发感染，并根据复查结果制定后续治疗方案，确保复位效果巩固与母婴安全。

推荐意见 15：保守治疗无效，并出现痔核坏死、出血或感染，以及严重影响日常生活时，可考虑手术治疗（推荐强度：推荐）。

手术干预仅在以下明确指征且经充分评估获益大于风险时方可考虑：嵌顿痔核颜色呈紫黑，表面出

现溃疡或坏死迹象，疼痛剧烈且手法复位失败，提示组织缺血不可逆，需紧急手术干预以避免坏死范围扩大或继发感染。持续出血导致严重贫血（血红蛋白 <60 g·L^{-1}），经补铁等保守治疗无法纠正，或已继发局部感染、脓肿形成，需手术清除病灶以控制感染源。经规范保守治疗（包括饮食调整、外用药、物理治疗等）4 周后，临床症状无明显改善，且因疼痛、脱出等症状导致日常活动明显受限，严重影响孕妇生活质量者。

推荐意见 16：手术时机与术式应根据妊娠期阶段审慎选择（推荐强度：推荐）。

妊娠期混合痔的手术治疗应严格遵循“分期选择、微创优先、安全第一”的原则，在全面评估孕妇健康状况、胎儿发育阶段及病情严重程度的基础上，选择对母胎影响最小的术式与麻醉方式，并充分告知患者及家属相关风险[53]。

妊娠早期（胚胎敏感期）：此期为胚胎器官分化的关键阶段，手术风险较高，原则上以非手术干预为主。若病情确需手术干预，可考虑在局部麻醉下选用安全性较高的注射疗法，如高渗糖水局部注射，具有起效快、并发症少的优点，但应避免使用可能引发盆腔组织纤维化、影响胚胎血供的硬化剂，以减少流产风险。

妊娠中期（胎盘稳定期）：此阶段胎盘功能相对稳定，胎儿器官发育基本完成，为妊娠期选择性手术的相对安全窗口。可根据病情需要选择血栓外痔剥离术或部分外痔切除术等创伤较小的术式。麻醉方式宜优先选择局部麻醉或椎管内麻醉，尽量避免全身麻醉，以减少对胎儿的影响。术前应全面评估孕妇凝血功能、胎儿状态及麻醉耐受性，确保手术安全。

妊娠晚期（早产高危期）：此期早产风险显著增加，手术干预应趋于保守。治疗重点在于通过非手术方式控制出血、水肿、疼痛等症状，原则上应推迟手术日期。如确需手术干预，须经多学科会诊充分评估获益与风险，并做好围手术期胎心监护及宫缩管理。根治性手术建议推迟至分娩后 6～8 周，待产妇恶露干净、产道愈合、体力恢复，并经全面评估痔病状态后再行实施。

推荐意见 17：妊娠期混合痔手术的麻醉方式应优先选择局部麻醉或椎管内麻醉，全身麻醉仅用于紧急情况，且须经多学科评估后实施（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期混合痔手术的麻醉选择应遵循“最小干预、最大安全”的原则，综合孕周、手术类型、患者耐受度及临床证据，兼顾母婴安全与手术需求。根据《中国产科麻醉专家共识（2017）》解读[54]，术前由麻醉科、产科、肛肠科联合评估，包括孕周（妊娠早期尽量避免全身麻醉）、胎儿成熟度（妊娠晚期需评估肺成熟度）、美国麻醉医师协会（American Society of Anesthesiologists，ASA）Ⅲ级以上优先选择局部麻醉，制定个性化麻醉方案。

局部麻醉：局部麻醉适用于妊娠早期注射治疗、小型血栓剥离术等创伤较小的手术，具有操作简便、无需特殊设备的优势。其药物作用局限于肛周局部，全身吸收少，对子宫血流及胎儿呼吸循环影响极小，术后恢复快，患者可即刻进食及活动，是妊娠期痔病手术较安全的麻醉方式之一。

椎管内麻醉（包括硬膜外阻滞与骶管阻滞）：椎管内麻醉是临床应用最广泛的麻醉方式，适用于妊娠中期外痔切除术、复杂混合痔松解术等中等创伤手术，尤其在需要充分镇痛及肌肉松弛的术式中优势明显[55]。其通过阻滞腰骶神经丛，可提供完善的镇痛与肌肉松弛效果，有效减少术中孕妇因疼痛引发的宫缩风险，同时，对子宫胎盘血流影响较小，胎儿暴露于麻醉药物的剂量低，是妊娠中期手术的理想选择。

全身麻醉：全身麻醉仅限用于妊娠中期危及生命的紧急情况，如痔核坏死合并严重感染需紧急手术干预者。药物选择应优先考虑丙泊酚（FDA 妊娠 B 类）、瑞芬太尼（FDA 妊娠 C 类）等对子宫收缩影响较小的药物，避免使用氟烷等可能诱发子宫收缩的麻醉剂。麻醉时间应严格控制≤30 min，术中持续胎心监护（每 5 min 监测 1 次），术后 48 h 内密切监测胎儿心率，及时发现并处理异常。

腰俞穴麻醉（穴位麻醉）：腰俞穴麻醉属于中西医结合麻醉方式，通过针刺腰俞穴配合局部麻醉药物，利用穴位镇痛与药物协同作用。目前临床应用较少[56]，操作技术要求高，镇痛效果个体差异大，缺乏大样本数据支持，仅作为特殊情况下的补充选择。

推荐意见 18：应针对妊娠期女性开展贯穿全程的个体化健康宣教，重点指导饮食结构与排便习惯，确立“预防优于治疗”的核心理念（推荐强度：强烈推荐）。

妊娠期用药存在致畸风险，手术可能诱发宫缩，增加流产、早产风险。因此，确立“预防为先”理念，对降低痔病发生率、保障母婴安全至关重要。预防策略应以个体化健康宣教为主，从首次产检开始建

立肛肠健康档案，记录痔病史、便秘史及相关危险因素，并将饮食调整、排便行为干预及生活方式指导融入日常管理[57]。

个体化饮食指导：结合孕妇体质量、孕周及并发症（如妊娠期糖尿病、高血压等）制定个性化膳食纤维摄入方案[58]。超重或体质量增长过快者，可适当增加燕麦、芹菜等低热量高纤维食物，合并妊娠期糖尿病者，应选择火龙果、菠菜、猕猴桃等低血糖生成指数食材，避免蜂蜜、荔枝等高糖食物。同时指导科学饮水，晨起空腹饮用 500 mL 温水，上午、下午分次饮水 700 mL，睡前 300 mL，全天饮水量维持在 2 000 mL 以上，避免一次性大量饮水引起腹胀及胃部不适[59]。

规范化排便习惯指导：强调“定时、定量、定式”的排便管理原则。定时即利用晨起或早餐后 30 min 的胃肠反射，培养每日规律排便习惯。定量即每次排便时间控制在 5 ~ 10 min 内，避免久蹲、久坐及过度用力。定式即排便时保持上身前倾姿势，可在脚下垫 20 cm 高的小凳，减少直肠与肛管的角度，降低排便阻力。若排便困难，可先进行温水坐浴 10 min，待肛门括约肌放松后再行排便[60]。

合理运动与生活方式干预：指导孕妇注意劳逸结合，避免久坐、久站、久蹲及肛周受凉。每日坚持凯格尔运动 10 min 联合散步 30 min，以增强盆底肌肉张力，改善肛周局部血液循环，从力学层面降低痔核脱垂风险[56]。

全程宣教与动态管理：首次产检时建立肛肠健康档案，记录痔病史、便秘史及相关危险因素。妊娠中期开展肛肠健康专题讲座，系统讲解饮食、排便及运动相关知识，妊娠晚期进行个体化随访，评估依从性并及时调整指导策略。宣教形式采用“手册 + 视频 + 示范”相结合的模式，如通过动画演示正确排便姿势，现场指导凯格尔运动发力技巧，增强孕妇的自我管理能力。对有痔病史、便秘家族史或孕前即存在排便障碍的高危孕妇，应联合营养师制定个性化饮食方案，每月评估饮食依从性、排便频率及粪便性状，动态调整干预措施，必要时早期引入缓泻剂等药物干预，做到“早预防、早发现、早干预”。

3　结语

本共识的制定，旨在为临床医师提供科学、规范、实用的妊娠期混合痔诊疗参考，推动中西医结合理念在妊娠期肛肠疾病领域深入应用与推广。鉴于当前妊娠期混合痔临床研究尚处于发展阶段，部分推荐意见仍有待高质量临床循证证据的进一步验证。建议临床医师结合实际病情、医疗条件及最新研究进展灵活应用，期待未来通过多中心临床研究的持续开展，不断优化诊疗方案，为保障母婴健康提供更为坚实的循证支持。

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：

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

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），曹存礼（濮阳市人民医院），常树勋（焦作市人民医院），丁建华（商丘市中医院），韩照阳（河南中医药大学第三附属医院），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），李相臣（新乡市中心医院），李雪芹（河南神火集团总医院），李云霞（平顶山市第一人民医院），连加玉（周口市中心医院），刘兵（漯河市中医院），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），邱胜民（濮阳市油田总医院），荣越（河南中医药大学第三附属医院），宋晓锋（许昌市中心医院），孙宏普（洛阳市中医院），田欣（济源市人民医院），王慧霞（河南中医药大学第三附属医院），王瑞国（安阳市中医院），吴春生（南阳张仲景医院），吴翠杰（安阳市中医院），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），杨军（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），苑帆（许昌市中心医院），张传举（安阳市中医院），张胜

威(河南中医药大学人民医院/郑州人民医院),张水荣(驻马店市中医院),张威(郑州市大肠肛门病医院),张艳芹(商丘市中医院),赵素霞(河南中医药大学第三附属医院),郑文郁(平顶山市中医医院),郑学民(濮阳市人民医院)

专家共识执笔人:

冀二锋(河南中医药大学第三附属医院),韩照阳(河南中医药大学第三附属医院),荣越(河南中医药大学第三附属医院)

参考文献:

[1]程议乐,武永连,李万里,等. 国内肛肠疾病流行病学调查研究进展[J]. 中国肛肠病杂志,2022,42(6):74 - 76.
[2]杨慧霞,狄文,朱兰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2021:812.
[3]翟云起,张桂荣,高文明. 女性肛肠疾病的临床特点及分析[J]. 临床和实验医学杂志,2008,7(4):137.
[4]Abramowitz L,Sobhani I,Benifla J L,et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery [J]. Dis Colon Rectum,2002,45(5):650 - 655.
[5]鲜振宇,胡邦,林宏城,等. 女性妊娠及分娩期痔病的高危因素分析[C]. 广州:第十六届中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会学术会议论文集,2013:269 - 272.
[6]杨武发,杨麒仙,余熹,等. 妊娠期痔急性发作的治疗进展[J]. 光明中医,2023,38(8):1605 - 1609.
[7]覃婷,王卫星. 妊娠与分娩期痔病的高危因素研究[J]. 广西医学,2007,29(2):194 - 195.
[8]Goligher J C. Surgery of the anus,rectum and colon[M]. 4th ed. London:Ballierè Tindal,1980.
[9]van Tol R R,Kleijnen J,Watson A J M,et al. European Society of ColoProctology:guideline for haemorrhoidal disease [J]. Colorectal Dis,2020,22(6):650 - 662.
[10]陈红风. 中医外科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016.
[11]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.
[12]国家药典委员会. 中华人民共和国药典[M]. 北京:中国医药科技出版社,2025.
[13]张川,张伶俐,陈力,等. 妊娠期用药调查研究的系统评价[J]. 中国药学杂志,2012,47(11):858 - 862.
[14]郑光明,冯乔林,史仁杰,等. 妊娠期合并痔急性发作 120 例诊疗体会[J]. 中国肛肠病杂志,2018,38(7):20.
[15]Parés D,Molinet Coll C,Troya J,et al. Influence of bowel habit and hormonal changes on the development of hemorrhoidal disease during pregnancy and the postdelivery period:a prospective cohort study[J]. Dis Colon Rectum,2021,64(6):724 - 734.
[16]Avsar A F,Keskin H L. Haemorrhoids during pregnancy [J]. J Obstet Gynaecol,2010,30(3):231 - 237.
[17]刘二芳. 13 味消肿固脱汤熏洗治疗围产期孕妇混合痔的疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志,2021,41(4):38 - 39.
[18]张仲景. 金匮要略[M]. 于志贤,张智基,点校. 北京:中医古籍出版社,1997.
[19]王怀隐. 太平圣惠方[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2015.
[20]朱震亨. 丹溪心法[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997.
[21]张介宾. 景岳全书[M]. 太原:山西科学技术出版社,2006.
[22]冯晓玲,张婷婷. 中医妇科学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社,2021.
[23]孙思邈. 备急千金要方[M]. 太原:山西科学技术出版社,2010.
[24]蒋俭,李光荣,藏美佳. 活血化瘀治疗血瘀型胎漏胎动不安滑胎 41 例临床观察[J]. 中医杂志,1992,33(11):30 - 32.
[25]齐仲甫. 女科百问[M]. 宋咏梅,宋昌红,点校. 天津:天津科学技术出版社,1999.
[26]吴本立. 女科切要[M]. 北京:中医古籍出版社,1999.
[27]葛昊,吴燕兰,吴崑岚,等. 丁氏痔科治疗混合痔术后反复出血的临证经验拾粹[J]. 中国中西医结合外科杂志,2022,28(3):412 - 414.
[28]Fang L,Xiao X F,Liu C X,et al. Recent advance in studies on Angelica sinensis[J]. Chin Herb Med,2012,4(1):12 - 25.
[29]池晓蓉,陈德招,王赵伟,等. 榆栀止血颗粒调控 PI3K - Akt 通路对子宫出血大鼠的保护作用[J]. 西部医学,2021,33(10):1451 - 1456.
[30]聂露,吴荣华,卢晓芳. 黄芩素调节磷脂酰肌醇 3 激酶/蛋白激酶 B 信号通路对先兆流产模型大鼠妊娠结局的影响[J]. 现代妇产科进展,2025,34(3):196 - 200.
[31]Jiang M Y,Zhao S J,Yang S S,et al. An "essential herbal medicine":licorice:a review of phytochemicals and its effects in combination preparations[J]. J Ethnopharmacol,2020,249:112439.
[32]《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗先兆流产临床应用指南(2024 年)[J]. 中国中西医结合杂志,2024,44(11):1285 - 1294.
[33]张维琦,陆希,李华莹,等. 桑寄生科植物化学成分及药理作用研究进展[J]. 中药材,2024,47(4):1030 - 1044.
[34]丁兆平,姜锡斌,丁明升. 刘惠民运用荆芥穗治疗流产与妊娠恶阻经验撷英[J]. 山东中医杂志,2020,39

(10):1115 - 1119.
[35]韩露秋,周惠芳,王小兰. 阿胶在安胎中的临床运用[J]. 吉林中医药,2020,40(2):238 - 241.
[36]张扬,李雪洋,刘伟. 白芍总苷对小鼠肾缺血再灌注损伤保护作用的研究[J]. 职业与健康,2022,38(1):27 - 31.
[37]康梦娇,张伟,林潼,等. 重构本草:鸡血藤[J]. 吉林中医药,2023,43(1):95 - 98.
[38]马昊天,汤玲. 论《陈素庵妇科补解》秦艽应用[J]. 环球中医药,2022,15(2):261 - 264.
[39]Wang C X, Su J, Tian Y J, et al. The rhizomes of Atractylodes macrocephala Koidz improve gastrointestinal health and pregnancy outcomes in pregnant mice via modulating intestinal barrier and water - fluid metabolism[J]. J Ethnopharmacol,2024,326:117971.
[40]曹思思,史磊,孙佳琳,等. 防风的化学成分及药理作用研究进展[J]. 现代中药研究与实践,2021,35(1):95 - 102.
[41]王玲,杜潇,祝华莲,等. 黄柏有效成分的药理作用研究进展[J]. 江苏中医药,2022,54(4):77 - 81.
[42]杨秀娟,邓毅,杨志军,等. 当归不同药用部位对急性血瘀模型大鼠的活血作用[J]. 中国临床药理学杂志,2018,34(18):2187 - 2190.
[43]李佳欣,陈思琦,吴鑫宇,等. 泽泻现代药理学研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(2):143 - 146.
[44]钟松,常琦,周楠楠. 补肾保胎助孕汤联合地屈孕酮治疗肾虚型胎动不安效果及对子宫内膜容受性影响[J]. 世界临床药物,2022,43(10):1332 - 1336.
[45]戴瑜婷,张雪燕,王艺璇,等. 黄芪的现代研究进展及其质量标志物的预测分析[J]. 中国中药杂志,2022,47(7):1754 - 1764.
[46]吕邵娃,郭红丽,李影,等. 六君子汤中理气药陈皮挥发性成分与胃肠动力调节关联性研究[J]. 吉林中医药,2024,44(5):582 - 589.
[47]郭子嘉,张建伟.《傅青主女科》中柴胡应用浅析[J]. 四川中医,2018,36(1):32 - 34.
[48]陈绮梦,杨祖伟,李珍,等. 荷叶提取液的性能探究[J]. 食品安全质量检测学报,2020,11(23):8715 - 8720.
[49]廖春芝,张小敏,庞燕. 高渗硫酸镁溶液及太宁栓结合红外线照射护理治疗产后痔疮急性发作的疗效观察[J]. 激光杂志,2016,37(1):155 - 157.
[50]周梦丹,斯奇. 膝胸卧位红光照射联合肛提运动对产后痔急性发作的疗效[J]. 护理学杂志,2021,36(13):17 - 19.
[51]Ramot Y. Cutaneous vascular changes in pregnancy[J]. Curr Dermatol Rep,2014,3(3):153 - 158.
[52]Nussbaum E S, Goddard J K, Davis A R. A systematic review of intracranial aneurysms in the pregnant patient — a clinical conundrum[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2020,254:79 - 86.
[53]周静国,匡红梅. 孕妇嵌顿性混合痔治疗体会[J]. 四川中医,2007,25(12):103.
[54]张瑾,陈亮,姚淑萍,等.《中国产科麻醉专家共识(2017)》解读[J]. 河北医科大学学报,2019,40(2):128 - 132.
[55]白立芳,陈一平,黄振强,等. PPH 术与痔外剥内扎术治疗妊娠中、晚期内痔疗效的比较研究[J]. 临床医学工程,2016,23(11):1471 - 1472.
[56]陈明晓,王磊. 妊娠合并肛门疾病 36 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2014,29(9):1341 - 1342.
[57]赵爱华,贾翠菊. 妊娠期肛肠病的发病特点与防治[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(26):4100 - 4101.
[58]黄玲艳,景会,黄宏轶,等. 妊娠期糖尿病孕妇骨密度的变化对孕期饮食指导的意义[J]. 美食研究,2016,33(2):58 - 61.
[59]García Duarte S, Ruíz Carmona M, Camacho ávila M. Prevention of constipation during pregnancy with the hydration[J]. Nutr Hosp,2015,32(Suppl 2):10298.
[60]Shirah B H, Shirah H A, Fallata A H, et al. Hemorrhoids during pregnancy: Sitz bath vs. ano - rectal cream: a comparative prospective study of two conservative treatment protocols[J]. Women Birth,2018,31(4):e272 - e277.

收稿日期:2026 - 04 - 24
编辑:纪彬