

# 肛门良性疾病围手术期排粪管理 中国专家共识



扫码阅读电子版

中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会  
通信作者:任东林,Email:rendl111@163.com

**【摘要】** 肛门良性疾病发病率的显著上升与人们生活节奏的加快、饮食结构的改变、工作压力的增加以及社会心理因素有关。手术是肛门良性疾病重要的治疗方法之一;围手术期排粪管理则与手术疗效密切相关。目前的临床实践中,针对肛门良性疾病的围手术期排粪管理尚缺乏共识意见。为此,中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会组织针对肛门良性疾病围手术期排粪困难的原因、排粪管理的重要性以及管理策略等方面展开讨论,并形成共识意见,以期为肛门良性疾病围手术期排粪管理的临床实践提供参考。

**【关键词】** 肛门良性疾病; 排粪管理; 共识

DOI:10.3760/cma.j.cn.441530-20200721-00432

## Consensus of Chinese experts on defecation management during perioperative period of benign anal diseases

Professional Committee of Colorectal Diseases, Chinese Society of Integrated Chinese and Western Medicine

Corresponding author: Ren Donglin, Email:rendl111@163.com

**【Abstract】** The significant increase in the incidence of benign anal diseases is related to the fast-paced life style, the change of dietary structure, the increase of work pressure and social psychological factors. Surgery is one of the most important treatments for benign anal diseases, while perioperative defecation management is closely related to the efficacy of surgery. In current clinical practice, there is no consensus on the management of perioperative defecation for benign anal diseases. Hence a discussion was held by the Professional Committee of Colorectal Diseases of Chinese Society of Integrated Chinese and Western Medicine, concerning the causes of perioperative defecation difficulties in perioperative anal benign diseases, the importance and specific strategy of defecation management. A consensus was consequently formed, aiming to provide a guideline for the clinical practice.

**【Key words】** Benign anal diseases; Defecation management; Consensus

DOI:10.3760/cma.j.cn.441530-20200721-00432

手术是肛门良性疾病(如痔、肛周脓肿、肛瘘或肛裂等)治疗的主要方法。鉴于肛门直肠特殊的解剖结构和生理功能,

手术后患者的排粪习惯会有所改变,这不但在围手术期对患者切口愈合不利,而且也会影响患者术后的生活质量。临床实践中,肛门良性疾病手术相关的排粪管理与手术疗效密切相关,但近些年对于肛门疾病的临床诊断和治疗“指南”均未涉及围手术期排粪管理<sup>[1-4]</sup>。考虑临床工作中,肛门良性疾病患者围手术期主要以排粪困难多见,本共识从患者及医护人员角度出发,对肛门良性疾病围手术期排粪管理进行讨论。

### 一、围手术期排粪困难的定义及其危害

我国的一项城市居民肛肠疾病流行病学调查结果显示,中国城市居民肛门良性疾病发病率高达 51.14%;有研究表明,排粪困难是肛门良性疾病发病的高危因素,因粪便干结,使得发生肛裂的风险增加;干硬粪便对肠黏膜的机械性损伤,也增加痔和直肠溃疡的发生率;而以上疾病的发生又会进一步加剧排粪困难,如此恶性循环<sup>[5-6]</sup>。

肛门良性疾病围手术期排粪困难常表现为:术前便秘,术后 3 d 以上无排粪(非控制饮食);主诉肛门坠胀、疼痛、腹胀;无效排粪——持续便意、频繁如厕;排粪极度痛苦和恐惧;术后粪便嵌顿常伴创面水肿、外痔血栓、排尿困难等。

围手术期患者出现排粪困难后,导致粪便坚硬,刺激术后创面,同时其肠道微生物构成与排粪正常人群有显著差异<sup>[7-8]</sup>。这些因素交互作用,可能会影响手术创面愈合,增加感染等围手术期并发症发生的风险<sup>[9]</sup>。法国学者针对痔切除术患者的随访研究表明,有长期便秘病史的患者,对手术效果不满意率较无便秘患者更高,便秘导致的排粪困难、排粪不尽感以及被迫辅助排粪都是手术满意度低的重要原因<sup>[10]</sup>。综上所述,肛门良性病围手术期应重视排粪管理,以期降低排粪困难给患者手术预后带来的不良影响。肛门良性疾病围手术期排粪困难的常见病因见表 1。

表 1 肛门良性疾病围手术期排粪困难病因<sup>[9]</sup>

病因类别	具体病因
患者相关	术前合并有排粪困难症状 围手术期心理因素(排粪恐惧) 环境、卧床、饮食因素(患者自行控制饮食等)
药物相关	麻醉及镇痛药物影响 其他药物作用
手术相关	手术创伤、疼痛、炎性病变、水肿 肛门盆底肌痉挛,参与排粪的肌群张力减低 肛管移行区感觉下降

**推荐意见 1: 应重视肛门良性病围手术期患者的排粪管理。**

## 二、围手术期排粪管理

### (一) 术前排粪管理

多个肛门良性病临床指南推荐, 术前合并有排粪困难的患者, 要积极地优先治疗排粪困难<sup>[9,12]</sup>。因此, 对于术前合并排粪困难的肛门良性病患者, 为保证手术后首次排粪通畅, 建议采用超前干预, 即术前 2 d 开始使用缓泻剂(如乳果糖、纤维素类制剂等)以排出宿粪, 减轻术后排粪疼痛程度及降低止痛药的需求, 提高患者手术满意度<sup>[13-17]</sup>。对于术前不存在排粪困难的患者, 术前 1 d 给予口服聚乙二醇泻剂排空粪便, 做好术前肠道准备即可。见表 2。

**推荐意见 2: 对于术前合并排粪困难的肛门良性病患者, 建议采用超前通便干预, 术前 2 d 开始使用缓泻剂; 术前不存在排粪困难的患者, 术前 1 d 进行肠道准备。**

### (二) 术后排粪管理

肛门良性疾病术后排粪管理在近 20 年临床实践过程中发生了显著变化。过去, 肛门良性病术后主张控制排粪, 通过控制 1~2 周饮食, 减少排粪次数或完全控制排粪, 以期减少术后早期排粪对伤口的影响。然而, 通过临床实践中对肛门部伤口愈合规律的认识, 目前术后排粪管理强调通便和预防排粪困难。术后排粪管理包括术后饮食指导、术后通便药物的使用、术后疼痛管理及排粪管理目标 4 个方面内容。见表 2。

1. 术后饮食指导: 术后 6 h 内禁食禁水, 6 h 后可进半流饮食, 24 h 后可以正常饮食。多食纤维含量高的蔬菜、水果等以利排粪通畅, 增加高蛋白食物摄入, 以利于手术创面愈合。

2. 术后通便药物的使用: 由于肛门部手术创面的存在, 术后往往导致患者因排粪疼痛而恐惧排粪, 术后合理预防性使用通便药物, 保持软粪至切口愈合, 可显著减轻患者排粪时的疼痛, 加快术后创面愈合, 提高患者手术满意度。

主要通便药物的种类包括: (1) 渗透性泻剂: 通过在肠内形成高渗状态, 吸收水分, 增加粪便体积, 刺激肠道蠕动。主要有乳果糖、聚乙二醇以及镁盐。有研究显示, 围手术期使用乳果糖可显著提高痔的日间手术患者满意度, 减轻术后疼痛。起始剂量为口服 15 ml, 2 次/d, 根据粪便性状给予维持剂量 10~25 ml/d, 保持软粪状态至切口愈合<sup>[14-16]</sup>。因此, 共识建议, 术后常规预防性给予渗透性泻剂预防排粪困难, 如出

现腹泻或排粪次数超过 3 次/d, 则停药并根据具体情况对症处理。(2) 容积性泻剂: 通过滞留粪便中的水分, 增加粪便含水量和粪便体积, 起到软化粪便的作用。常用药物包括小麦纤维素颗粒、欧车前和聚卡波非钙等, 能有效缓解肛门良性疾病手术排粪困难, 减少出血发生率<sup>[18-19]</sup>。共识建议, 术后早期常规使用容积性泻剂, 注意服用纤维素类制剂时应注意增加饮水量, 避免出现消化道梗阻。(3) 刺激性泻剂: 如蒽醌类药物和蓖麻油等, 通过作用于肠神经系统, 可增强肠道动力和刺激肠道分泌。对渗透性泻剂和容积性泻剂不敏感的排粪困难患者, 可短期内使用。

3. 特殊情况处理: 手术后发生粪便嵌顿可考虑临时行甘油制剂、甘露醇、磷酸钠盐或硫酸镁制剂等灌肠; 术后发生腹泻应及时停用通便药物; 切口愈合后期维持纤维素制剂的使用, 可有效避免肛门狭窄出现。

**推荐意见 3: 术后常规预防性给予渗透性泻剂预防排粪困难; 如出现腹泻, 则及时停用通便药, 并临时给予止泻剂止泻; 术后早期可常规使用容积性泻剂, 注意使用时增加饮水量, 避免出现消化道梗阻; 术后对于渗透性泻剂和容积性泻剂不敏感的排粪困难患者, 可短期内使用刺激性泻剂作为补救方案。**

### (三) 术后疼痛管理

疼痛是肛门良性疾病患者术后最常见的症状, 术后创面疼痛可导致患者畏惧排粪, 粪便干结甚至粪便嵌顿。因此, 良好的术后镇痛有助于预防排粪困难, 改善术后患者的生活质量和手术满意度。共识推荐采用多模式镇痛方案<sup>[20]</sup>。对于中度以上疼痛, 激动拮抗类或部分激动类阿片类药物可与非甾体抗炎药物配合使用, 但使用阿片类药物时应考虑尿潴留及便秘等各类不良反应, 止痛药的使用以去阿片化或低阿片化为原则; 布托啡诺经鼻给药, 口服镇痛药均对镇痛有正向作用; 中医针灸止痛, 局部使用解痉药膏, 例如硝酸甘油酯软膏, 硫糖铝软膏可有效减轻术后疼痛, 进而减少术后排粪困难的发生。

**推荐意见 4: 术后采用多模式镇痛方案有效预防术后排粪困难; 中医针灸以及局部解痉药膏可减少术后排粪困难的发生。**

## 三、排粪管理的目标








排粪管理的目标是保持软粪, 以 Bristol 粪便性状评分量表中 3~5 型为目标, 尽快恢复胃肠道正常的生理功能, 以利

表 2 肛门良性疾病围手术期管理指导

管理方案	药物类别	推荐药物
术前肠道准备	渗透性泻剂、刺激性泻剂	聚乙二醇、复方匹可硫酸钠、磷酸钠等
术后保持软粪	渗透性泻剂 容积性泻剂 刺激性泻剂	乳果糖、聚乙二醇 欧车前、小麦纤维素颗粒、聚卡波非钙等 番泻叶颗粒
处理粪便嵌顿	清洁灌肠	甘油制剂、甘露醇、磷酸钠盐或硫酸镁制剂等
术后创面止痛	非甾体类止痛药物 局部解痉药物	洛索洛芬钠片等 硝酸甘油酯软膏

手术创口的愈合,见表 3<sup>[21]</sup>。每次排便后应尽量清洗肛门口部创面,防止切口感染。注意饮食,合理使用药物维持软粪至切口愈合;综合管理术后疼痛,避免患者畏惧排便。

**表 3** Bristol 粪便性状评分<sup>[21]</sup>

分型	粪便外观	粪便描述
1 型		分散的干粪球,如坚果(难以排出)
2 型		较硬,多个粪块连在一起如香肠状
3 型		香肠状,但表面有裂痕
4 型		像香蕉或香肠一样,表面光滑
5 型		软团状,边缘清晰
6 型		蓬松状,边缘不齐,呈糊样
7 型		水样粪便,无固体粪块

**推荐意见 5:** 采用 Bristol 粪便性状评分量表中 3~5 型作为管理目标评估标准。

四、出院后排粪管理

1. 出院评估:根据患者全身情况、手术创面愈合情况以及排便情况决定。

2. 出院后饮食指导:术后 1 个月内应多休息,避免剧烈活动;多食新鲜水果、蔬菜,富含纤维素的食物,多饮水,忌烟酒及辛辣、刺激性食物。

3. 出院后排粪管理:养成每日定时排便的习惯,切勿久坐,避免排便时久蹲及过于用力;出院后维持使用渗透性泻剂或容积性泻剂保持排便通畅至切口愈合<sup>[22]</sup>。

**推荐意见 6:** 出院后注意注意饮食,定期盆底肌康复训练;出院后注意粪便性状的观察,配合饮食、生活习惯调整,以及使用渗透性泻剂或容积性泻剂,保持软粪至切口完全愈合后。

本专家共识基于现有证据,提供肛门良性疾病围手术期排便管理的标准,包括术前管理、术中管理和术后管理。为反映临床实践的持续发展,该专家共识将会定期更新。

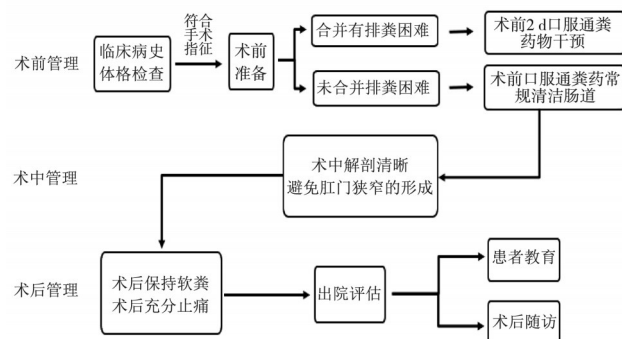


图 1 肛门良性疾病围手术期排便管理路径图

肛门良性疾病围手术期排便管理中国专家共识编写组成员名单(以姓氏汉语拼音为序)

曹永清(上海中医药大学附属龙华医院)、陈文斌(浙江大学附属第一医院)、崔焯辉(浙江省立同德医院)、丁义江(南京市中医院)、谷云飞(江苏省中医院)、胡邦(中山大学附属第六医院)、李玉玮(天津市人民医院)、林宏城(中山大学附属第六医院)、任东林(中山大学附属第六医院)、石荣(福建省人民医院)、汪挺(中华胃肠外科杂志)、王晏美(北京中日友好医院)、王永多(重庆三峡中心医院)、杨巍(上海中医药大学附属曙光医院)、杨向东(成都肛肠专科医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids[J]. Dis Colon Rectum, 2018,61(3): 284-292.

[2] Stewart DS, Gaertner W, Glasgow S, et al. Clinical practice guideline for the management of anal fissures[J]. Dis Colon Rectum, 2017, 60(1): 7-14. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000735.

[3] Williams G, Williams A, Tozer P, et al. The treatment of anal fistula: second ACPGBI Position Statement-2018[J]. Colorectal Dis, 2018,20 Suppl 3:S5-S31. DOI:10.1111/codi.14054.

[4] Amato A, Bottini C, De Nardi P, et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the italian society of colorectal surgery (SICCR)[J]. Tech Coloproctol, 2015, 19(10): 595-606. DOI: 10.1007/s10151-015-1365-7.

[5] 江维,张虹玺,隋楠,等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(10): 1293-1296. DOI: 10.11847/zgggws2016-32-10-01

[6] Eoff JC. Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion [J]. J Manag Care Pharm, 2008, 14 Suppl 9A: S1-S15. DOI: 10.18553/jmcp.2008.14.S8-A.1.

[7] Parthasarathy G, Chen J, Chen X, et al. Relationship between microbiota of the colonic mucosa vs feces and symptoms, colonic transit, and methane production in female patients with chronic constipation[J]. Gastroenterology, 2016, 150(2): 367-379. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.10.005.

[8] 毕洪玲,张桂兰,何婧. 便秘患者肠菌群的调查[J]. 临床军医杂志, 2003(3):82-84. DOI:10.3969/j.issn.1671-3826.2003.03.035.

[9] Bachmann R, Leonard D, Delzenne N, et al. Novel insight into the role of microbiota in colorectal surgery[J]. Gut, 2017,66(4): 738-749. DOI:10.1136/gutjnl-2016-312569.

[10] Favreau C, Siproudhis L, Eleouet M, et al. Underlying functional bowel disorder may explain patient dissatisfaction after haemorrhoidal surgery[J]. Colorectal Dis, 2012, 14(3):356-361. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2011.02612.x.

[11] Chu H, Hou X. Understanding of constipation symptoms and the

- diagnosis and management of constipation in Chinese physicians [J]. PLoS One, 2016, 11 (3) : e152801. DOI: 10.1371/journal.pone.0152801.
- [12] Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010) [J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54(9) : 1059-1064. DOI: 10.1097/DCR.0b013e318225513d.
- [13] Hollingshead JR, Phillips RK. Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment [J]. Postgrad Med J, 2016, 92(1083) : 4-8. DOI: 10.1136/postgradmedj-2015-133328.
- [14] Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, et al. Double-blind randomised controlled trial of effect of metronidazole on pain after day-case haemorrhoidectomy [J]. Lancet, 1998, 351(9097) : 169-172. DOI: 10.1016/S0140-6736(97)09003-X.
- [15] London NJ, Bramley PD, Windle R. Effect of four days of preoperative lactulose on posthaemorrhoidectomy pain: results of placebo controlled trial [J]. Br Med J (Clin Res Ed), 1987, 295(6594) : 363-364. DOI: 10.1136/bmj.295.6594.363.
- [16] Uraiqat A. Post hemorrhoidectomy pain. A randomized controlled trial [J]. Saudi Med J, 2007, 28(5) : 814.
- [17] 叶辉, 刘韦成, 江从庆, 等. 乳果糖口服液在合并有便秘患者痔上黏膜环切钉合术后的应用 [J]. 实用医学杂志, 2016, 32(12) : 1966-1968. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5725.2016.12.021.
- [18] Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(1) : 181-188. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2005.00359.x.
- [19] 雷超, 王业皇, 张苏闽, 等. 小麦纤维素对肛门良性疾病术后排便情况的影响 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(12) : 938-940. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2011.12.007.
- [20] 国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅), 中国日间手术合作联盟. 直肠肛门日间手术临床实践指南(2019版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2019, 22(11) : 1001-1002. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.11.001.
- [21] Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time [J]. Scand J Gastroentero, 2009. DOI: 10.3109/00365529709011203.
- [22] 陆叶. 围术期护理干预对肛肠科患者的护理效果 [J]. 国际护理学杂志, 2019(6) : 836-838. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2019.06.035.

(收稿日期: 2020-07-21)

(本文编辑: 卜建红)

**本文引用格式**

中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 肛门良性疾病围手术期排便管理中国专家共识 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2020, 23(12) : 1131-1134. DOI: 10.3760/cma.j.cn.441530-20200721-00432.

·读者·作者·编者·

**本刊对文稿中作者姓名及其单位的撰写要求**

在文题下按序排列作者姓名, 两个单位以上的作者姓名, 需在姓名后用上角码编号。排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定, 在编排过程中不应再作改动, 确需改动时必须出示单位证明。作者单位名称(写出所在科室)及邮政编码注于作者姓名下方, 作者单位前均冠上编号, 作者与作者单位通过编号对应。通信作者及其电子邮箱和电话号码注于作者单位之下方。

作者应具备的条件: (1) 参与选题和设计, 或参与资料的分析与解释者; (2) 起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者; (3) 能对编辑部的修改意见进行核修, 在学术界进行答辩, 并最终同意该文发表者。以上 3 条须同时具备, 仅参与获得资金不能列为作者; 仅对科研小组进行一般管理也不宜列为作者。作者中如有外籍作者, 应附外籍作者亲笔签名同意在该刊发表的函件; 集体署名的文章于题名下列署名单位, 于文末列整理者姓名, 并须明确该文的主要责任者。通信作者原则上只列 1 位, 由投稿者确定, 同一单位的作者原则上不能作为共同第一作者和共同通信作者。如需注明协作组成员, 则于文末参考文献前列出协作组成员的单位及姓名。

当存在共同第一作者时, 应在文后、参考文献前列出每位作者对本文的贡献, 即贡献声明。