

# 五苓散加味治疗椎管内麻醉混合痔术后尿潴留的临床效果

李成良<sup>1\*</sup>, 李星宇<sup>1</sup>, 李知秋<sup>1</sup>, 李晟玮<sup>1,2#</sup>

<sup>1</sup>扬州大学医学部, 江苏 扬州

<sup>2</sup>扬州市中医院肛肠科, 江苏 扬州

收稿日期: 2026年2月19日; 录用日期: 2026年3月12日; 发布日期: 2026年3月24日

## 摘要

目的: 探讨五苓散加味在椎管内麻醉下混合痔术后尿潴留的治疗效果, 为术后尿潴留患者提供安全、有效的中医药干预方案。方法: 选取肛肠外科行椎管内麻醉混合痔手术的60例患者, 随机分为观察组和对照组, 各30例。对照组给予常规围手术期护理 + 甲硫酸新斯的明肌注, 观察组给予常规围手术期护理 + 口服五苓散加味。比较两组术后首次自主排尿时间、首次排尿量、膀胱残余尿量、腹部症状评分、排尿状况评分、疼痛评分及临床总有效率。结果: 观察组首次排尿时间明显早于对照组( $14.45 \pm 5.31$  h vs.  $17.24 \pm 5.23$  h,  $P < 0.05$ ); 首次排尿量增加( $463.45 \pm 100.36$  mL vs.  $380.07 \pm 100.46$  mL,  $P < 0.01$ ); 膀胱残余尿量明显减少( $81.70 \pm 41.59$  mL vs.  $108.79 \pm 28.56$  mL,  $P < 0.01$ )。术后24 h及3 d疼痛评分低于对照组( $P < 0.01$ )。腹部症状、排尿状况及排尿持续时间评分改善显著, 临床总有效率达93.33%, 明显高于对照组的73.33% ( $P < 0.05$ )。结论: 五苓散加味能够有效缩短椎管内麻醉混合痔术后首次排尿时间、增加排尿量、减少膀胱残余尿量, 同时改善腹部不适及排尿费力感, 缓解术后疼痛, 提高患者排尿舒适度和临床疗效。

## 关键词

混合痔, 椎管内麻醉, 尿潴留, 五苓散加味, 中医药, 术后并发症

## Clinical Effect of Modified Wuling San on Postoperative Urinary Retention in Patients Undergoing Mixed Hemorrhoid Surgery under Spinal Anesthesia

\*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 李成良, 李星宇, 李知秋, 李晟玮. 五苓散加味治疗椎管内麻醉混合痔术后尿潴留的临床效果[J]. 临床个性化医学, 2026, 5(2): 46-53. DOI: 10.12677/jcpm.2026.52099

**Chengliang Li<sup>1\*</sup>, Xingyu Li<sup>1</sup>, Zhiqiu Li<sup>1</sup>, Shengwei Li<sup>1,2#</sup>**<sup>1</sup>School of Medicine, Yangzhou University, Yangzhou Jiangsu<sup>2</sup>Department of Colorectal Medicine, Yangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yangzhou Jiangsu

Received: February 19, 2026; accepted: March 12, 2026; published: March 24, 2026

**Abstract**

**Objective:** To investigate the therapeutic effect of modified Wuling San on postoperative urinary retention (PUR) in patients undergoing mixed hemorrhoid surgery under spinal anesthesia, and to provide a safe and effective traditional Chinese medicine (TCM) intervention for PUR. **Methods:** Sixty patients undergoing mixed hemorrhoid surgery under spinal anesthesia in the colorectal surgery department were randomly assigned to an observation group and a control group, 30 cases in each. The control group received conventional perioperative care with Intramuscular injection of neostigmine hydrochloride, while the observation group received oral administration of modified Wuling San in addition to routine care. **Postoperative first spontaneous urination time, first voided volume, residual urine volume, abdominal symptoms score, urination status score, pain score, and overall clinical efficacy were compared between the two groups. Results:** The observation group had significantly earlier first spontaneous urination time than the control group ( $14.45 \pm 5.31$  h vs.  $17.24 \pm 5.23$  h,  $P < 0.05$ ), greater first voided volume ( $463.45 \pm 100.36$  mL vs.  $380.07 \pm 100.46$  mL,  $P < 0.01$ ), and lower residual urine volume ( $81.70 \pm 41.59$  mL vs.  $108.79 \pm 28.56$  mL,  $P < 0.01$ ). Pain scores at 24 h and 3 d postoperatively were significantly lower in the observation group ( $P < 0.01$ ). Abdominal symptom scores, urination status scores, and urination duration scores improved significantly, and the overall clinical efficacy rate was 93.33%, higher than that of the control group (73.33%,  $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Modified Wuling San effectively shortens the first urination time, increases voided volume, reduces residual urine, alleviates abdominal discomfort and difficulty in urination, and relieves postoperative pain in patients undergoing mixed hemorrhoid surgery under spinal anesthesia. This TCM intervention improves urination comfort and overall clinical efficacy.

**Keywords****Mixed Hemorrhoids, Spinal Anesthesia, Urinary Retention, Wuling San, Traditional Chinese Medicine, Postoperative Complications**

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Open Access

**1. 引言**

混合痔是肛肠科常见的疾病，在我国 2015 年肛肠疾病流行病学调查中，约有 5.2 亿人患有不同程度的肛肠疾病；其中 98.08% 的人有痔疮症状[1]。郭呈华等[2]在 2018~2024 年的一项横向断面研究中，痔疮检出率约为 61.4%，女性高于男性。混合痔患者常表现为便血、痔核脱出、肛门坠胀、疼痛及瘙痒等症状，严重影响生活质量[3]。对于中重度混合痔患者，手术治疗是目前最有效的干预手段[4]，椎管内麻醉下的手术易引发术后不完全性尿潴留，其发生机制主要与麻醉药物对骶段神经的抑制、术区疼痛刺激及术后活动受限等因素密切相关[5]。这种并发症不仅增加患者疼痛和不适，还可能延长住院时间、增加医疗成本及护理难度。现代医学治疗多依赖导尿或药物干预，但存在创伤性大、感染风险及疗效有限等问

题。近年来, 中医药在治疗术后尿潴留方面显示出独特优势, 五苓散通过温阳化气、健脾利水等作用, 从而有效促进排尿功能恢复[6]。现有研究表明, 五苓散及其加味方剂在小便不利、水湿停聚及术后排尿障碍中均具有积极疗效[7][8], 但针对椎管内麻醉混合痔术后尿潴留的系统研究仍相对缺乏。

基于此, 本研究旨在探讨五苓散加味在椎管内麻醉混合痔术后尿潴留的临床疗效, 通过观察其对排尿功能、膀胱残余尿量及患者主观症状的影响, 为术后尿潴留的中医药防治提供依据, 并为临床提供安全、有效的干预方案。

## 2. 材料及方法

### 2.1. 研究对象

选取于 2025 年 1 月至 2025 年 7 月在扬州大学临床中医学院扬州市中医院肛肠科住院且符合纳入标准, 并在腰麻下行混合痔手术的患者 60 例。按照随机数字表法分为两组, 每组 30 例。均在了解研究后签署同意书, 经过本院伦理委员会审批通过[批件号: (2025)伦审第(52)号]。

### 2.2. 诊断标准

西医诊断标准: 参考《外科学》《泌尿外科学》和《肛肠外科学》中术后尿潴留相关标准。患者均具备混合痔手术并在术中接受椎管内麻醉, 术后出现明显尿意而不能排尿, 或表现为排尿困难、尿流变细、排尿无力、排尿时间延长、中断及滴沥不尽, 并伴下腹胀痛或耻骨上区压痛。体征检查可见膀胱区隆起、叩诊浊音, 触诊膀胱明显充盈。辅助检查提示膀胱超声显示膀胱充盈、残余尿量  $\geq 400$  mL, 或被动导尿时引流尿量  $\geq 400$  mL 可确诊。同时排除前列腺增生、尿道狭窄、泌尿系统感染、神经源性膀胱等其他可引起排尿障碍的原发性疾病。中医诊断标准: 依据《中医外科学》及《中医内科学》及癃闭相关病证诊断标准制定。患者多因手术创伤、气机阻滞或湿热下注, 致膀胱气化失司, 临床表现为小便不利、排尿困难, 或虽有尿意而点滴不畅, 甚则尿闭不通, 并多伴小腹胀满疼痛、按之不适。兼见口渴、身重乏力汗出、大便黏滞或干结等症状, 舌质红或淡红, 苔白腻或黄腻, 脉象弦滑或弱。根据主要症状及舌脉表现, 结合痔术后病史并排除其他导致排尿异常的证候。

### 2.3. 纳入与排除标准

纳入标准: 符合混合痔的诊断标准; 在椎管内麻醉下行混合痔手术; 年龄  $\geq 18$  岁; 术前排尿正常的患者; 无高血压、糖尿病、肾功能不全等影响机体代谢或排尿功能的慢性基础疾病; 具备良好的理解能力并自愿签署知情同意书。排除标准: 既往或当前存在前列腺增生、前列腺增大并伴排尿困难者; 合并泌尿系感染、泌尿系结石等影响排尿功能的疾病者; 同时患有其他可导致排尿困难的神经系统或泌尿系统疾病者; 妊娠期或哺乳期女性; 依从性差, 不能按研究要求完成治疗者。

### 2.4. 治疗方法

患者入室后建立静脉通路, 予以吸氧并监测生命体征。取左侧卧位于 L3/4 行椎管内麻醉, 常规消毒后予 1%利多卡因局麻, 硬膜外穿刺成功并顺利完成蛛网膜下腔穿刺, 脑脊液回流良好, 注入 0.5%布比卡因 15 mg, 麻醉平面达 T10~S5, 效果满意, 术中生命体征平稳。患者取截石位, 常规消毒铺巾。术中见肛缘点痔核脱出, 齿线相应部位可见静脉曲张隆起, 诊断为混合痔。采用痔套扎器在负压吸引下依次完成点痔核套扎, 并行皮下曲张静脉剥除及相应粘膜维扎处理, 同时进行局部肛门成形术, 修整冗余皮桥以改善肛管形态。术中渗血予电凝止血, 总失血量约 20 mL。术毕置入消炎痛栓及凡士林油纱条填塞, 覆盖无菌敷料。病理标本送检, 患者平稳返回病房, 术后继续监测生命体征。对照组给予常规护

理, 予甲硫酸新斯的明注射液(合肥亿帆生物制药有限公司, 国药准字: H20249341)肌肉注射, 0.25~0.5 mg/次, 1~2 次/d。同时采用下腹部热敷等物理治疗。观察组在常规护理基础上给予五苓散加味: 桂枝 8 g, 炒白术 12 g, 茯苓 12 g, 猪苓 12 g, 泽泻 20 g, 芍药 12 g, 炙甘草 12 g。年老体虚、肾气不足者加黄芪 30 g, 党参 20 g, 地黄 15 g; 兼尿道涩痛、尿急频数有湿热下注者, 去桂枝, 加金钱草 15 g, 海金沙 15 g, 木通 10 g; 兼小腹胀满不适者, 加木香 10 g, 枳实 10 g。每日一剂, 由医院制剂室煎制成 200 ml 药液, 早晚各服一次。同时采用下腹部热敷等物理治疗。两组均治疗 3 天。

## 2.5. 观察指标

1) 疼痛评分于术前及术后: 6 h、术后 24 h、术后 3 d 采用视觉模拟评分法(VAS)评价患者的疼痛程度。2) 首次排尿状况: 按尿流流速及尿路状态分 5 级, 以 0~4 标记, 症状由轻到重。0 分: 正常排尿, 流速均匀粗细如常; 1 分: 尿流细呈线状; 2 分: 尿流呈断续的线状; 3 分: 尿流涓滴而不呈线状; 4 分: 小便不通。3) 首次排尿持续时间: 按术后首次排尿持续时间分 3 级, 以 1~3 标记, 时间由短至长, <30 s 为 1; 30~60 s 为 2; >60 s 为 3。4) 首次排尿后小腹症状: 患者术后首次排尿后行膀胱触诊, 按 0~4 分 5 级, 0 分: 无任何症状; 1 分: 小腹部满闷感, 触压后无加重; 2 分: 小腹部满闷感, 触压后加重; 3 分: 小腹部满闷感伴疼痛; 4 分: 小腹胀甚, 痛不欲生。5) 排尿情况: 观察并记录两组患者首次自主排尿时间及首次自主排尿尿量, 排尿结束后通过 B 超监测膀胱残余尿量。6) 疗效判定标准: 治愈为排尿通畅, 每日排尿少于 6 次, 一次尿量在 200 mL 以上; 有效为排尿较通畅, 每日排尿 7~10 次; 无效为排尿不畅, 每日排尿 10 次以上。

## 2.6. 统计分析采用 SPSS 27.0

软件进行数据处理和分析, 计量资料以平均数±标准差表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以例数和百分比表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。P < 0.05 表示差异有统计学意义。

## 3. 结果

### 3.1. 基线资料

试验期间, 两组均未出现脱落或剔除病例。对照组男性 20 例, 女性 10 例, 平均年龄为(43.87±17.31)岁, 内痔 III 期 16 例, IV 期 14 例, 病程(2.06±1.02)年, 手术时间(44.37±10.54)分; 观察组男性 15 例, 女性 15 例, 平均年龄为(46.73±14.59)岁, 内痔 III 期 18 例, IV 期 12 例, 病程(2.15±0.67)年, 手术时间(43.59±10.35)分。两组混合痔患者在性别、年龄、病程及手术时间等资料比较, 差异无统计学意义(P > 0.05), 具有可比性, 见表 1。

Table 1. Comparison of general information between two groups of patients

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	男	女	年龄/岁	病程/年	内痔 III 度	内痔 IV 度	手术时间/分
观察组	15	15	46.73 ± 14.59	2.15 ± 0.67	18	12	43.59 ± 10.35
对照组	20	10	43.87 ± 17.31	2.06 ± 1.02	16	14	44.37 ± 10.54
t/ $\chi^2$	1.71		0.69	0.40	0.27		0.29
P	0.19		0.49	0.69	0.60		0.77

### 3.2. 疼痛评分

两组患者术前及术后 6 h 的疼痛评分差异均无统计学意义(P > 0.05), 提示基线疼痛水平及早期疼痛

变化相似。术后 24 h 时, 观察组疼痛评分显著低于对照组( $3.86 \pm 0.51$  vs.  $4.25 \pm 0.56$ ,  $P < 0.01$ )。术后 3 d, 观察组疼痛评分亦明显低于对照组( $2.14 \pm 0.54$  vs.  $2.52 \pm 0.36$ ,  $P < 0.01$ )。由此可见, 观察组在术后中后期疼痛缓解方面优于对照组, 见表 2。

**Table 2.** Comparison of pain scores between two groups

**表 2.** 两组疼痛评分比较

组别	n	术前	术后 6 h	术后 24 h	术后 3 d
观察组	30	$2.37 \pm 0.34$	$6.32 \pm 1.46$	$3.86 \pm 0.51$	$2.14 \pm 0.54$
对照组	30	$2.25 \pm 0.46$	$6.21 \pm 0.92$	$4.25 \pm 0.56$	$2.52 \pm 0.36$
t		1.15	0.35	2.82	3.21
P		0.26	0.73	<0.01	<0.01

### 3.3. 两组患者排尿情况比较

两组患者术后排尿情况存在显著差异, 观察组首次自主排尿时间明显早于对照组( $14.45 \pm 5.31$  vs.  $17.24 \pm 5.23$ ,  $P < 0.05$ ); 观察组首次自主排尿量显著高于对照组( $463.45 \pm 100.36$  vs.  $380.07 \pm 100.46$ ,  $P < 0.01$ ); 同时, 观察组膀胱残余尿量明显低于对照组( $81.70 \pm 41.59$  vs.  $108.79 \pm 28.56$ ,  $P < 0.01$ ), 结果提示, 观察组在促进术后排尿、改善排尿质量及减少残余尿方面优于对照组, 见表 3。

**Table 3.** Comparison of urination status between two groups of patients

**表 3.** 两组患者排尿情况比较

组别	n	首次自主排尿时间(h)	首次自主排尿量(mL)	膀胱残余尿量(mL)
观察组	30	$14.45 \pm 5.31$	$463.45 \pm 100.36$	$81.70 \pm 41.59$
对照组	30	$17.24 \pm 5.23$	$380.07 \pm 100.46$	$108.79 \pm 28.56$
t		2.05	3.22	2.94
P		<0.05	<0.01	<0.01

### 3.4. 腹部症状、排尿状况、排尿持续时间评分比较

两组患者治疗前腹部症状、排尿状况及排尿持续时间评分比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 提示基线状况一致。治疗后, 观察组腹部症状评分显著低于对照组( $0.83 \pm 0.87$  vs.  $1.30 \pm 0.65$ ,  $P < 0.05$ ); 排尿状况评分亦明显优于对照组( $0.87 \pm 0.86$  vs.  $1.40 \pm 0.93$ ,  $P < 0.05$ ); 此外, 观察组排尿持续时间评分较对照组明显更低( $2.50 \pm 0.41$  vs.  $1.77 \pm 0.86$ ,  $P < 0.001$ ), 差异具有统计学意义。结果提示, 观察组在改善腹部不适、优化排尿质量及缩短排尿持续时间方面均优于对照组, 见表 4。

**Table 4.** Comparison of scores for abdominal symptoms, urinary status, and duration of urination before and after treatment

**表 4.** 治疗前后腹部症状、排尿状况、排尿持续时间评分比较

组别	n	腹部症状		排尿状况		排尿持续时间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	$2.39 \pm 0.65$	$0.83 \pm 0.87$	$2.78 \pm 0.69$	$0.87 \pm 0.86$	$1.10 \pm 0.46$	$2.50 \pm 0.41$
对照组	30	$2.56 \pm 0.43$	$1.30 \pm 0.65$	$2.63 \pm 0.72$	$1.40 \pm 0.93$	$0.93 \pm 0.37$	$1.77 \pm 0.86$
t		1.19	2.34	0.82	2.30	1.58	4.20
P		0.24	<0.05	0.41	<0.05	0.12	<0.001

### 3.5. 临床疗效

两组患者临床疗效差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组治愈率为 73.33% (22/30), 明显高于对照组的 40.00% (12/30); 观察组有效率为 20.00% (6/30), 对照组为 33.33% (10/30); 观察组无效率为 6.67% (2/30), 低于对照组的 26.67% (8/30)。观察组总有效率显著高于对照组(93.33% vs. 73.33%,  $P < 0.05$ )。结果提示, 观察组治疗方案在改善术后排尿功能方面总体疗效优于对照组, 见表 5。

**Table 5.** Comparison of clinical efficacy between two groups n (%)

**表 5.** 两组临床疗效比较 n (%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效
观察组	30	22 (73.33)	6 (20.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	22 (73.33)
t					7.54
P					<0.05

## 4. 讨论

混合痔位于齿状线上方或下方, 是静脉内外痔丛合并的一种情况, 表现为内痔和外痔的特征[9]。我国混合痔发病率较高, 其主要临床表现包括便血、肛门坠胀、痔核脱出、疼痛及瘙痒等, 对患者生活质量造成明显影响[10]。手术仍是中重度混合痔的主要治疗手段, 包括外剥内扎术、套扎术及吻合器痔上黏膜环切术等[11]。尽管这些手术疗效确切, 但术后并发症仍较常见, 其中不完全性尿潴留是椎管内麻醉下肛肠手术最重要的早期并发症之一[12]。椎管内麻醉可破坏交感-副交感神经平衡, 抑制骶段排尿反射, 导致膀胱逼尿肌功能暂时下降, 使排尿启动受阻、尿流率下降、膀胱排空不彻底。此外, 肛肠手术多位于盆底区域, 其刺激可引起反射性括约肌痉挛及膀胱出口肌紧张升高, 进一步加重尿潴留。术后疼痛明显、活动受限以及心理紧张或焦虑也会抑制膀胱括约肌与逼尿肌的协调收缩, 使患者出现“想排排不出”的状态[13]。术中大量输液、低温环境及阿片类镇痛药的使用亦被证实与术后尿潴留密切相关[14] [15]。若尿潴留持续存在, 可导致膀胱过度膨胀、逼尿肌损伤, 甚至引发尿路感染、膀胱炎及肾积水等严重并发症[16]。因此, 在不增加侵入性操作的前提下促进术后排尿、降低尿潴留发生率具有重要临床意义。

从中医理论来看, 混合痔术后属于“损伤于外”, 术后耗气失血, 脾胃运化不足则水湿停聚, 膀胱气化失司, 从而出现“小便不利”“癃闭”等症状。《素问·举痛论》提出“痛则不通”, 提示术后局部疼痛易导致气机运行不畅, 使水道阻滞。《金匱要略·中风历节病脉证治》提出“小便不利者, 利其小便则愈”, 强调调畅膀胱气化功能是治疗尿潴留的根本。《金匱要略》亦指出“膀胱气化不行, 则为癃闭”, 明确“利水调气”为治疗核心。五苓散源自《伤寒论》, 主治“蓄水证、小便不利”, 现代多用于水湿停聚及膀胱气化不利类疾病, 是治疗尿潴留的经典方剂[17]。本研究在五苓散基础上加味组成桂枝、炒白术、茯苓、猪苓、泽泻、芍药、炙甘草七味, 配伍紧密, 具有“温阳化气、健脾利水、调和营卫”的整体作用。

研究结果显示, 在接受椎管内麻醉的混合痔手术患者中, 术后应用五苓散加味干预可显著改善尿潴留相关指标及主观症状。观察组首次自主排尿时间明显缩短, 首次排尿量增加, 膀胱残余尿量显著减少( $P < 0.05$ ), 表明五苓散加味有助于更早恢复膀胱排空功能及逼尿肌反射。方中猪苓、泽泻利水渗湿, 促进水液代谢及尿液生成; 茯苓、炒白术健脾利水, 改善水湿停聚及脾气失运; 桂枝温阳化气, 温通下焦气机, 恢复膀胱“气化”功能, 从而改善神经-肌肉反射及膀胱顺应性, 这一机制与中医“水蓄膀胱”

“膀胱气化不利则小便不利”理论高度一致。观察组术后 24 h 和 3 d 的疼痛评分明显低于对照组( $P < 0.05$ ), 提示五苓散加味不仅在利水通淋、恢复排尿功能方面发挥作用, 还具有显著的镇痛、缓急效果。方中芍药养血和营、缓急止痛, 搭配炙甘草调和诸药、缓和药性, 可改善术后局部血液循环、降低组织肿胀与痉挛, 减少因术后肛门区及盆底肌肉紧张、血肿或水肿引起的下腹不适和排尿阻碍。此外, 观察组患者在腹胀、不适、排尿费力、尿不尽等主观症状的改善也较为显著, 这可能源于五苓散加味对水湿、气滞、瘀血等多种病理因素的综合干预。

与已有文献相比, 本研究的疗效更为突出。单纯使用利水、通淋类中药或采取单一术后护理措施, 其对术后尿潴留的总有效率通常在 80%~90%左右[18]-[20]。而使用五苓散治疗尿潴留的文献资料多限于泌尿系疾病术后小便不利, 肾性水肿、心源性水肿、肝源性水肿、脑水肿等各型水肿, 慢性肾病等, 术后评价较少[21]-[23]。而本研究中五苓散加味在椎管内麻醉下行混合痔切除术背景下的应用, 总有效率 93.33%, 排尿功能的多个客观与主观指标改善幅度较大, 说明五苓散加味在术后尿潴留防治中的适用性和优势更加明确。特别是在首次排尿时间、首次排尿量、残余尿量、疼痛评分及总有效率等多个维度均获得统计学意义提升, 显示五苓散加味在术后尿潴留防治中的适用性与优势更加明确。五苓散加味兼顾“水液代谢、脾气运化、膀胱气化、肌肉神经功能恢复”多个层面: 一是促进肾小球滤过率及尿液生成, 加快术后液体代谢, 防止水湿蓄积; 二是温阳通气、恢复膀胱神经支配, 使逼尿肌与括约肌协调工作, 恢复排尿反射; 三是改善局部血液循环及组织水肿, 降低神经压迫; 四是缓解盆底肌及括约肌痉挛, 减轻疼痛与不适, 间接促进排尿。这种“标本兼治、标标兼顾”的思路体现了中医在围手术期并发症防治中的独特优势。

综上所述, 五苓散加味在椎管内麻醉混合痔术后防治尿潴留中具有显著疗效, 能够有效缩短首次排尿时间、增加首次排尿量、减少膀胱残余尿量, 同时改善患者术后腹部不适和排尿费力感, 减轻疼痛程度, 提升主观排尿体验, 从而加速术后康复。该方通过温阳化气、健脾利水、缓急止痛等多机制协同作用, 兼顾标本兼治, 在术后尿潴留的防治中表现出优于常规治疗的优势。鉴于本研究为单中心、小样本研究, 未来仍需进一步开展大样本、多中心、随机对照试验, 并结合尿动力学及长期随访, 以验证五苓散加味在术后尿潴留防治中的持续疗效及安全性, 为临床推广提供更坚实的证据。

## 基金项目

扬州市基础 Research 计划(联合专项)卫生健康类项目(2025-1-05)。

## 参考文献

- [1] Chen, Y., Cheng, Y., Wang, Q., Ye, B., Huang, C., Zhou, C., et al. (2021) Modified Procedure for Prolapse and Hemorrhoids: Lower Recurrence, Higher Satisfaction. *World Journal of Clinical Cases*, 9, 36-46. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i1.36>
- [2] 郭呈华, 车晓玉, 林芝, 等. 中国某健康体检人群痔的流行病学特征[J]. 北京大学学报(医学版), 2024, 56(5): 815-819.
- [3] 史振溢, 陈苗苗, 赵艳艳, 等. 大黄浓缩抑菌液治疗混合痔临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(10): 2056-2058.
- [4] 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.
- [5] 王娜, 汪彦良, 廖永新, 等. 低浓度布比卡因联合耳穴压豆对老年混合痔术后尿潴留及尿动力学指标的影响[J]. 中国老年学杂志, 2025, 45(3): 591-594.
- [6] 张玲, 郭春光, 罗伟, 等. 五苓散联合核心控制训练及盆底肌电生物反馈治疗儿童脊髓损伤后神经源性膀胱尿潴留的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(9): 1814-1818.
- [7] 闫军. 加味五苓散治疗产后尿潴留临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(4): 100-102.

- [8] 张渊博, 李京向, 段佳佳, 等. 隔五苓散药饼艾灸治疗硬膜外阻滞麻醉后急性尿潴留疗效观察[J]. 北京中医药, 2023, 42(7): 724-727.
- [9] Sun, X., Xu, J., Zhu, C., Li, S., Jin, L. and Zhu, Z. (2024) Analysis of Factors Impacting Postoperative Pain and Quality of Life in Patients with Mixed Hemorrhoids: A Retrospective Study. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, **16**, 731-739. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v16.i3.731>
- [10] 严智敏, 赵晶. Kegel 运动结合肛门安洗剂熏洗坐浴治疗对混合痔患者术后恢复的疗效观察[J]. 淮阴工学院学报, 2025, 34(5): 51-55.
- [11] 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.
- [12] Narayanaswamy, C.Y.V., Sreevathsa, M.R., Chowdari, G.A. and Rao, K. (2022) Association of Muscle Fibers with Histopathology in Doughnut Specimens Following Stapled Hemorrhoidopexy and Their Impacts on Postoperative Outcomes. *The Surgery Journal*, **8**, e199-e207. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743520>
- [13] Dong, W., An, B., Wang, Y., et al. (2021) Effect of Multimodal Analgesia on Gynecological Cancer Patients after Radical Resection. *American Journal of Translational Research*, **13**, 2686-2693.
- [14] 苏丹, 万星阳, 张恒, 等. 快速康复外科方案在肛肠良性疾病手术中的应用效果[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(5): 626-631, 636.
- [15] Hamed, M.A., Goda, A.S., Basiony, M.M., Fargaly, O.S. and Ahmed Abdelhady, M. (2019) Erector Spinae Plane Block for Postoperative Analgesia in Patients Undergoing Total Abdominal Hysterectomy: A Randomized Controlled Study Original Study. *Journal of Pain Research*, **12**, 1393-1398. <https://doi.org/10.2147/jpr.s196501>
- [16] 陈小明, 胡饶, 万顺, 等. 混合痔外剥内扎切除术发生尿潴留的危险因素及其预测模型的构建[J]. 武警医学, 2024, 35(7): 602-606.
- [17] 孙天恒, 陈欢, 刘志顺. 五苓散类方治疗压力性尿失禁的临床应用[J]. 世界中医药, 2022, 17(10): 1459-1464.
- [18] 曾丽, 郭乐, 胡小红. 穴位贴敷联合低频脉冲电疗防治产后尿潴留临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(23): 110-112.
- [19] 高莹, 徐治中, 季红霞, 等. 穴位贴敷和按摩预防肛瘻术后尿潴留的临床观察[J]. 中国社区医师, 2024, 40(23): 62-64.
- [20] 屈玉华, 刘藤, 陈凤鸣, 等. 小茴香焗渍联合温灸盒灸防治混合痔术后尿潴留的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(5): 27-30.
- [21] 周如赟. 五苓散加味对肾虚湿热型良性前列腺增生症 TUPKP 术后排尿症状的影响[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2024.
- [22] 马佳颖, 袁慧, 尚乘, 等. 五苓散治疗水肿作用机制及研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(9): 163-167.
- [23] 李邱梦. 基于 meta 分析及网络药理学探讨五苓散治疗原发性肾病综合征疗效及机制[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2022.