

王氏三核方治疗肾虚瘀阻型前列腺增生症的效果及对患者膀胱功能的影响

薛云峰¹, 裴妙荣²

1. 山西中医药大学附属医院, 山西 太原 030024; 2. 山西中医药大学, 山西 太原 030619

摘要 目的: 观察王氏三核方治疗肾虚瘀阻型前列腺增生症的效果及对患者膀胱功能的影响。方法: 选取 2022 年 1 月—2024 年 6 月山西中医药大学附属医院收治的肾虚瘀阻型前列腺增生症患者 120 例, 采用抽签法分为常规组和王氏三核方组, 每组 60 例。常规组采用盐酸坦索罗辛胶囊治疗, 王氏三核方组在常规组基础上联合王氏三核方治疗。比较两组治疗前后膀胱功能、前列腺体积、24 h 排尿次数、中医症状评分及前列腺特异抗原(PSA)、单核细胞趋化因子 1(MCP-1)、白细胞介素-8(IL-8)水平变化, 统计两组不良反应。结果: 治疗前, 常规组与王氏三核方组膀胱功能比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 两组最大尿流率(Q_{max})、平均尿流率(Q_{ave})、有效膀胱容量均较治疗前升高($P < 0.05$), 排尿时间、尿流时间、达峰时间与治疗前比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 王氏三核方组 Q_{max} 、 Q_{ave} 、有效膀胱容量均高于常规组($P < 0.05$), 排尿时间、尿流时间、达峰时间与常规组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗前, 两组前列腺体积、24 h 排尿次数、中医症状评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 两组前列腺体积、24 h 排尿次数、中医症状评分均较治疗前下降($P < 0.05$), 且王氏三核方组低于常规组($P < 0.05$)。治疗前, 两组 PSA、MCP-1、IL-8 比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 两组 PSA、MCP-1、IL-8 均较治疗前下降($P < 0.05$), 且王氏三核方组低于常规组($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 王氏三核方应用于肾虚瘀阻型前列腺增生症可缩小前列腺体积, 改善膀胱功能, 降低 PSA、MCP-1、IL-8 水平, 减轻相关症状。

关键词 王氏三核方; 肾虚瘀阻型; 前列腺增生症; 前列腺体积; 膀胱功能

中图分类号: R256.5

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)01-0101-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260019

前列腺增生症是中老年男性常见的泌尿系统疾病, 其发病率随着年龄增长而升高, 患者的前列腺间质增生、前列腺体积增大, 临床表现为尿频、尿不尽、夜尿次数多、排尿困难等, 严重者可发生急性尿潴留、肾功能损害, 严重影响患者的身心健康^[1]。前列腺特异抗原(PSA)是目前诊断前列腺增生症和病情评估的重要指标, 并常用于评价治疗效果^[2]。坦索罗辛属于选择性 α_{1A} 肾上腺素受体, 是西医治疗前列腺增生症的常用药物, 可通过选择性阻断前列腺的 α_{1A} 肾上腺素受体而改善排尿困难症状^[3]。中医学将前列腺增生症

归属于“精癰”“癰闭”等范畴, 多为本虚标实之证, 以肾虚为本、瘀血为标, 治则以活血补肾为法^[4]。目前临床对于中医药治疗前列腺增生症的相关研究较多, 已证实中医药在前列腺增生症中具有良好的辅助治疗作用, 多集中于对症状缓解、前列腺功能改善等方面。王氏三核方是国医大师王世民先生治疗肾虚瘀阻型前列腺增生症的经验方, 已证实其在缓解前列腺增生症的症状方面具有明确的效果。本研究观察王氏三核方联合坦索罗辛对肾虚瘀阻型前列腺增生症患者膀胱功能、前列腺体积及 PSA 水平的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为前瞻性研究。选取 2022 年 1 月—2024 年 6 月山西中医药大学附属医院收治的肾虚瘀阻型前列腺增生症患者 120 例, 采用抽签法进行简单随机分组,

收稿日期: 2024-10-12 修回日期: 2025-06-13

基金项目: 山西省重点研发计划(大健康与生物医药及有关社会发展领域)项目(202102130501006)

作者简介: 薛云峰(1976-), 男, 副主任医师, 研究方向: 男性泌尿殖方向。

其中常规组 60 例,观察组 60 例。常规组采用盐酸坦索罗辛胶囊治疗,年龄 50 ~ 75 岁,平均年龄(61.45 ± 6.86)岁;病程 1 ~ 15 年,平均病程(8.86 ± 2.26)年。王氏三核方组在常规组基础上联合王氏三核方治疗,年龄 50 ~ 75 岁,平均年龄(60.54 ± 6.73)岁;病程 1 ~ 15 年,平均病程(8.81 ± 2.30)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究得到山西中医药大学附属医院伦理委员会批准同意(2021LL128)。

1.2 诊断标准

西医诊断参考《良性前列腺增生症中西医结合多学科诊疗指南(2022 版)》^[5]中前列腺增生症标准。以下尿路症状为主诉,直肠指诊前列腺组织增大,中央沟变浅或者消失,前列腺特异性抗原(PSA)检查排除前列腺癌。

中医辨证参照《良性前列腺增生症中医诊治专家共识》^[6]中肾虚瘀阻型标准。尿频尿急,夜尿增多,排尿无力,尿后余沥,伴腰酸倦怠,小腹胀痛,舌淡紫,苔白,脉细涩。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②50 岁以上男性;③中医辨证分型为肾虚瘀阻型;④病程至少 12 个月;⑤知情同意并签署同意书。

1.4 排除标准

①因膀胱新生物、输尿管间嵴肥大、尿路感染而引起的排尿困难;②重大器质性病变、精神障碍及各系统恶性肿瘤;③尿路结石、性传播疾病;④造血、免疫及内分泌系统疾病;⑤1 周内前列腺按摩史;⑥直肠指检发现前列腺结节。

1.5 治疗方法

常规组采用盐酸坦索罗辛胶囊(安斯泰来制药集团有限公司,规格:0.2 mg,国药准字 H20000681)治疗,口服 0.2 mg/次,1 次/d。

王氏三核方组在常规组基础上联合王氏三核方治疗,组方:荔枝核 10 g,山楂核 10 g,橘子核 10 g,淫羊藿 15 g,鬼箭羽 20 g,王不留行 10 g,水红花子 10 g,益智仁 10 g,枸杞子 10 g,盐黄柏 10 g,乌药 10 g,炙甘草 6 g。以上药物每日 1 剂,水煎取汁 300 mL,早晚各服用 150 mL。

两组均于治疗 4 周后评价疗效。

1.6 观察指标

1.6.1 膀胱功能

于治疗前、治疗 4 周后采用 Nidoc 970B 尿动力学

分析仪检测两组患者的最大尿流率(Q_{max})、平均尿流率(Q_{ave})、有效膀胱容量、排尿时间、尿流时间、达峰时间。常规消毒仪器的接触面、传感器、导管,向膀胱插入测压管,传感器与耻骨联合平齐,调零后连接导管。点击操作界面“膀胱测压”,开启灌注泵,记录数据。

1.6.2 前列腺体积及 24 h 排尿次数

于治疗前、治疗 4 周后采用威尔德 WED190 型 B 超诊断仪检测患者前列腺体积(PV),探头测量前列腺的前后径、左右径、上下径。 $PV = \pi \times \text{前后径} \times \text{左右径} \times \text{上下径} / 6$ 。记录 24 h 排尿次数。

1.6.3 PSA、MCP-1、IL-8 检测

于治疗前、治疗 4 周后采集静脉血 3 mL,以 3 000 r/min 离心 10 min,取血清备用,采用博科 BK-EL10A 酶标仪检测血清中 PSA、MCP-1、IL-8 水平,酶联免疫法试剂盒为上海希美生物科技有限公司产品。

1.6.4 中医症状评分

参考《良性前列腺增生症中医诊治专家共识》^[6],其中尿频尿急、夜尿增多、排尿无力、尿后余沥等均为主要症状,根据严重程度分为 4 个等级,无(0 分)、轻(2 分)、中(4 分)、重(6 分)。其中腰酸倦怠,小腹胀痛均为次要症状,根据严重程度分为 4 个等级,无(0 分)、轻(1 分)、中(2 分)、重(3 分)。

1.6.5 不良反应

记录患者性欲减退、胃肠道不适、尿潴留、膀胱痉挛、头晕等不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

采用 SPSS25.0 处理数据,应用 Shapiro-Wilk 法检验,计量指标均服从正态分布以($\bar{x} \pm s$)描述,采用 t 检验比较,计数资料采用 χ^2 检验比较,应用例数(%)描述, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组膀胱功能比较

两组治疗前膀胱功能比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后 Q_{max} 、 Q_{ave} 、有效膀胱容量均较治疗前升高($P < 0.05$),排尿时间、尿流时间、达峰时间与治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。王氏三核方组治疗后 Q_{max} 、 Q_{ave} 、有效膀胱容量均高于常规组($P < 0.05$),排尿时间、尿流时间、达峰时间与常规组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组肾虚瘀阻型前列腺增生症患者膀胱功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Qmax/(mL/s)		Qave/(mL/s)		排尿时间/s	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	9.96 ± 2.14	13.10 ± 2.08 ^a	4.45 ± 0.89	5.91 ± 0.97 ^a	45.56 ± 15.85	43.23 ± 11.06
王氏三核方组	60	10.07 ± 1.99	15.12 ± 2.23 ^{ab}	4.51 ± 0.93	6.82 ± 1.03 ^{ab}	46.01 ± 14.11	41.96 ± 12.27

组别	例数	尿流时间/s		达峰时间/s		有效膀胱容量/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	34.12 ± 15.56	35.86 ± 16.14	9.25 ± 4.56	9.06 ± 4.68	120.14 ± 45.85	170.21 ± 46.92 ^a
王氏三核方组	60	35.02 ± 13.96	34.23 ± 15.08	9.08 ± 4.81	9.12 ± 5.06	118.56 ± 46.73	210.56 ± 58.98 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组前列腺体积、24 h 排尿次数比较

治疗前,两组前列腺体积、24 h 排尿次数比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后前列腺体积、24 h 排尿次数均较治疗前下降($P < 0.05$),且王氏三核方组低于常规组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组 PSA、MCP-1、IL-8 比较

两组治疗前 PSA、MCP-1、IL-8 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后前列腺 PSA、MCP-1、IL-8 均较治疗前下降($P < 0.05$),且王氏三核方组低于常规组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组肾虚瘀阻型前列腺增生症患者前列腺体积、24 h 排尿次数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	前列腺体积/cm ³		24 h 排尿次数/次	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	50.56 ± 4.81	40.45 ± 3.89 ^a	12.56 ± 3.04	9.85 ± 1.87 ^a
王氏三核方组	60	49.97 ± 5.05	38.14 ± 3.12 ^{ab}	12.49 ± 3.23	8.23 ± 1.44 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组肾虚瘀阻型前列腺增生症患者 PSA、MCP-1、IL-8 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PSA/(ng/mL)		MCP-1/(ng/mL)		IL-8/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	2.56 ± 1.06	2.05 ± 0.60 ^a	348.96 ± 35.82	311.14 ± 29.87 ^a	35.96 ± 7.14	26.11 ± 5.53 ^a
王氏三核方组	60	2.70 ± 1.17	1.71 ± 0.55 ^{ab}	352.04 ± 38.99	276.56 ± 26.73 ^{ab}	37.01 ± 6.59	21.16 ± 5.05 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.4 两组中医症状评分比较

两组治疗前中医症状评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后尿频尿急、夜尿增多、排尿

无力、尿后余沥、腰酸倦怠、小腹胀痛评分均较治疗前下降($P < 0.05$),且王氏三核方组低于常规组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组肾虚瘀阻型前列腺增生症患者中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	尿频尿急		夜尿增多		排尿无力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	4.52 ± 0.36	2.08 ± 0.24 ^a	4.26 ± 0.30	1.94 ± 0.25 ^a	4.33 ± 0.38	2.12 ± 0.31 ^a
王氏三核方组	60	4.47 ± 0.42	1.46 ± 0.22 ^{ab}	4.31 ± 0.25	1.50 ± 0.21 ^{ab}	4.29 ± 0.42	1.48 ± 0.24 ^{ab}

组别	例数	尿后余沥		腰酸倦怠		小腹胀痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	4.41 ± 0.29	1.86 ± 0.21 ^a	2.32 ± 0.25	1.04 ± 0.22 ^a	2.38 ± 0.26	1.14 ± 0.23 ^a
王氏三核方组	60	4.37 ± 0.33	1.34 ± 0.23 ^{ab}	2.28 ± 0.31	0.75 ± 0.21 ^{ab}	2.41 ± 0.30	0.80 ± 0.18 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与常规组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.5 两组不良反应比较

两组不良反应发生率(常规组 11.67%,王氏三核

方组 8.33%)比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 两组肾虚瘀阻型前列腺增生症患者不良反应比较[例(%)]

组别	例数	性欲减退	胃肠道不适	尿潴留	膀胱痉挛	头晕	不良反应总发生
常规组	60	1(1.67)	2(3.33)	1(1.67)	1(1.67)	2(3.33)	7(11.67)
王氏三核方组	60	0(0.00)	3(5.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(3.33)	5(8.33)
χ^2 值							0.370
P 值							0.543

3 讨论

前列腺增生症的发病率较高,流行病学调查发现,60 岁以上男性前列腺增生症的患病率超过 50%^[7]。前列腺增生症的发病机制比较复杂,已有的研究认为高龄、不健康的生活方式、吸烟、饮酒等因素与本病有关^[8]。前列腺增生症患者的前列腺腺体增大,引起膀胱口阻塞而导致尿路梗阻症状。目前西医临床多采用 α 受体阻滞剂、M 受体拮抗剂、5 α - 还原酶抑制剂等药物进行治疗,多数患者症状可得到有效缓解。但不良反应、耐药性等问题可影响患者的治疗依从性,部分患者疗效欠佳^[9]。

近年来有学者认为,中医药在前列腺增生症的治疗中具有一定的辅助疗效。早在《素问》中即有相关记载:“有癰者,一日数十溲,此不足也”,这与前列腺增生症患者的排尿困难、尿淋漓不尽等症状一致^[10]。肾阳不充则温煦推动无力而致癰闭,王氏三核方是国医大师王世民治疗肾虚瘀阻型前列腺增生症的经验方,方中荔枝核、山楂核、橘子核共为君药,荔枝核善行气散结;山楂核消食散结;橘子核理气散结,三药相伍时可增强散结之功。淫羊藿温肾壮阳、燥湿祛风;枸杞子滋补肝肾、改善精亏,二药共为臣药,善补肾阳而增强气化温煦之功。佐以鬼箭羽破血通经、解毒消肿;王不留行活血通经、利尿通淋;水红花子散瘀消癥、利水止痛;益智仁温脾止泻、暖肾缩尿;乌药鼓舞肾阳,宣导寒湿;盐黄柏清热益阴、泻火除蒸。乌药、盐黄柏药性相佐,共达阴阳和合之功。炙甘草补脾益气兼调和诸药。全方共奏活血补肾、利尿通淋之功效^[11-12]。

本研究发现,两组治疗后 Q_{max}、Q_{ave}、有效膀胱容量均较治疗前升高,排尿时间、尿流时间、达峰时间与治疗前比较,差异无统计学意义。王氏三核方组治疗后 Q_{max}、Q_{ave}、有效膀胱容量均高于常规组。两组治疗后前列腺体积、24 h 排尿次数、中医症状评分均较治疗前下降,且王氏三核方组治疗后低于常规组。这一结果提示,王氏三核方应用于肾虚瘀阻型前列腺增生症可缩小前列腺体积,改善膀胱功能,减轻尿频尿急、夜尿增多、排尿无力、尿后余沥、腰酸倦怠、小腹胀痛等不适症状。这可能是由于王氏三核方中荔枝核所含的亚甲基环丙基甘氨酸具有抗病毒作用,皂苷类成分具有降糖、降脂、抗氧化、调节免疫等药理作用^[13]。橘子核所含的柠檬苦素具有抗肿瘤、抗溃疡、降血糖、止痛等药理作用^[14]。

PSA 是前列腺特有的蛋白质,是临床评估前列腺增生症病情的特异性指标^[15]。MCP - 1 是 CC 类趋化因子超家族成员,可募集和激活单核细胞、诱导 T 淋巴细胞和巨噬细胞浸润^[16]。IL - 8 属于趋化因子,前列腺增生上皮细胞可产生 IL - 8,促进多种炎症细胞向前列腺聚集而加重局部炎症,诱导前列腺增生^[17-19]。本研究发现,两组治疗后血清 PSA、MCP - 1、IL - 8 均较治疗前下降,且王氏三核方组治疗后低于常规组。这一结果提示,王氏三核方应用于肾虚瘀阻型前列腺增生症可降低血清 PSA、MCP - 1、IL - 8 水平,抑制因炎症反应诱导的前列腺增生、肥大。这可能是由于王氏三核方中的黄柏所含的小檗碱可抑制病原微生物、抗炎,减轻前列腺炎症^[20]。甘草黄酮具有皮质激素样作用,可有效抑制炎症因子的释放,减轻免疫炎症反应^[21]。

本研究中两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义。这一结果提示,王氏三核方应用于肾虚瘀阻型前列腺增生症的安全性良好,未增加不良反应风险。

综上所述,王氏三核方应用于肾虚瘀阻型前列腺增生症可缩小前列腺体积,改善膀胱功能,减轻症状。除血清 PSA 这一前列腺增生症的特异性指标外,本研究尝试通过检测治疗前后患者的血清 MCP - 1、IL - 8 水平来评价疗效及作用机制,发现王氏三核方有助于减轻炎症反应而发挥治疗前列腺增生症的作用。但本研究样本量较少,每组仅 60 例,可能对结果产生一定的偏倚,在今后的临床工作中应积累大样本,进一步探讨王氏三核方对肾虚瘀阻型前列腺增生症的疗效及机制。

参考文献:

[1] 马东岳,杨九天,赵子维,等. 中医药治疗良性前列腺增生症的作用机制研究[J]. 世界中医药,2023,18(3):435-439.
[2] 杨振兴,魏灿,席俊华,等. 剪切波弹性成像检测尿道周围前列腺组织弹性模量与良性前列腺增生患者血清前列腺特异抗原的相关性研究[J]. 中国医学装备,2024,21(5):79-82,87.
[3] SAHAKYAN Y, ERMAN A, BHOJANI N, et al. Pharmacotherapy vs. minimally invasive therapies as initial therapy for moderate - to - severe benign prostatic hyperplasia: a cost - effectiveness study [J]. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2023, 26(1):113-118.
[4] 邝浩,王继升,王彬,等. 良性前列腺增生肾虚血瘀证患者的共病性研究[J]. 现代中西医结合杂志,2024,33(10):1396-1399.
[5] 中国中医药信息学会男科分会. 良性前列腺增生症中西医结合多学科诊疗指南(2022 版)[J]. 中国男科学杂志,2022,36(2):96-102.
[6] 张春和,李曰庆,裴晓华,等. 良性前列腺增生症中医诊治专家共识[J]. 北京中医药,2016,35(11):1076-1080.

- [7] 逢瑗博,徐国纲,赵鑫,等. 中老年男性体检人群良性前列腺增生关联因素研究[J]. 解放军医学院学报,2024,45(1):72-77.
- [8] DANIELS J P, PATEL D N, GALVAN G C, et al. Investigating trends in interest for benign prostatic hyperplasia surgery options using Google Trends[J]. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2024, 27(1):150-152.
- [9] 上海市医学会泌尿外科专科分会,上海市社区卫生协会中心主任联合工作委员会,中国老年保健协会家庭医生分会,等. 基层良性前列腺增生管理专家共识(上海)[J]. 中国男科学杂志,2024,38(2):3-14.
- [10] 胡若璐,王小颖,张彤,等. 基于“神经-内分泌-免疫”网络从脏腑辨证角度探讨良性前列腺增生的发病机制[J]. 中华男科学杂志,2024,30(3):261-265.
- [11] 巩瑛杰,张奇,朱玉新,等. 益肾化瘀方药联合盐酸坦索罗辛治疗良性前列腺增生的 Meta 分析[J]. 中国新药杂志,2024,33(9):942-951.
- [12] 王安民,马东岳,赵子维,等. 从“肾虚精亏,精室失用”探讨良性前列腺增生的辨治[J]. 中医药学报,2024,52(7):47-51.
- [13] 黄映捷,卢玉翠,盘家萍,等. 荔枝核皂苷药理活性的研究进展[J]. 西北药学杂志,2024,39(3):235-241.
- [14] 杨兴,陈章贤,王一谋,等. 盐橘核化学成分及其抗氧化活性[J]. 中成药,2024,46(7):2259-2265.
- [15] 路惠茹,梁亮,谢宏俊,等. 前列腺特异性抗原同源异构体 2 及其衍生指标对 PSA 4~20 ng/mL 患者前列腺癌的预测价值[J]. 现代泌尿外科杂志,2023,28(4):347-350,358.
- [16] 张晶,崔海峰,杨光,等. 前列腺液中 MIP-1 α 、MCP-1 表达与慢性前列腺炎的关系[J]. 标记免疫分析与临床,2023,30(5):786-789,798.
- [17] 彭伟,李运改,许静,等. 血清炎症因子联合 PSA、f-PSA 可辅助诊断前列腺癌[J]. 检验医学,2023,38(9):849-854.
- [18] 罗后宙,陈国强. 中性粒细胞胞外诱捕网通过上调 DU145 人前列腺癌细胞 IL-8 表达促进前列腺癌细胞增殖、侵袭及迁移[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2023,39(3):261-267.
- [19] 刘先良,韩从辉,包文平. 膀胱内异位前列腺增生组织伴慢性炎症 1 例报告并文献复习[J]. 中华男科学杂志,2023,29(6):518-522.
- [20] 李小宁,田辉,曾媛媛,等. 黄柏炮制历史沿革及其药理作用研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2024,26(3):194-199.
- [21] 周晶晶,周洁,窦霞,等. 不同炮制方法对甘草化学成分及药理作用的影响研究[J]. 中华中医药学刊,2024,42(5):244-249.

Therapeutic Effect of Wang's Sanhe Formula on Patients with Prostatic Hyperplasia of Kidney Deficiency and Blood Stasis Syndrome and Its Impact on Bladder Function

XUE Yunfeng¹, PEI Miaorong²

1. The Affiliated Hospital of Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan 030024, China;

2. Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan 030619, China

Abstract Objective: To observe the therapeutic effect of Wang's Sanhe (lychee, hawthorn and mandarin orange seed) Formula in the treatment of kidney deficiency and stasis type prostatic hyperplasia and its effect on patients' bladder function. Methods: 120 patients with kidney deficiency and stasis type prostatic hyperplasia admitted to the Affiliated Hospital of Shanxi University of Traditional Chinese Medicine from January 2022 to June 2024 were selected and divided into two groups by lottery method. The conventional group was treated with tamsulosin hydrochloride capsule, and the Wang's Sanhe Formula group was combined with Wang's Sanhe Formula on the basis of the conventional group. Bladder function, prostate volume, 24h urination frequency, Chinese medicine symptom scores and changes in the levels of prostate-specific antigen (PSA), monocyte chemokine 1 (MCP-1) and interleukin-8 (IL-8) were compared before and after the treatment in the two groups, and adverse reactions were counted in the two groups. Results: Comparison of bladder function before treatment between the conventional group and Wang's Sanhe Formula group showed no statistically significant difference ($P > 0.05$). Maximum urinary flow rate (Q_{max}), average urinary flow rate (Q_{ave}) and effective bladder capacity were all higher after treatment in the conventional group and Wang's Sanhe Formula group than before treatment, and the differences in voiding time, urinary flow time and time to peak were not statistically significant when compared with those before treatment ($P > 0.05$). Q_{max} , Q_{ave} , and effective bladder capacity were higher in Wang's Sanhe Formula group after treatment than in the conventional group, and there was no statistically significant difference in voiding time, urine flow time, and time to peak compared with the conventional group ($P > 0.05$). Comparison of prostate volume, 24h urination frequency and TCM symptom scores before treatment between the conventional group and Wang's Sanhe Formula group, the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). The prostate volume, 24 h urination frequency, and TCM symptom scores decreased after treatment in the conventional group and Wang's Sanhe Formula group compared with those before treatment, and the Wang's Sanhe Formula group was lower than the conventional group after treatment ($P < 0.05$). Comparison of serum PSA, MCP-1 and IL-8 before treatment between the conventional group and Wang's Sanhe Formula group showed no statistically significant difference ($P > 0.05$). Serum PSA, MCP-1, and IL-8 decreased after treatment in both the conventional group and Wang's Sanhe Formula group compared with the pre-treatment period, and were lower in the Wang's Sanhe Formula group than in the conventional group after treatment ($P < 0.05$). Comparing the incidence of adverse reactions between the two groups (11.67% in the conventional group and 8.33% in the Wang's Sanhe Formula group), the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). Conclusion: Wang's Sanhe Formula applied to kidney deficiency and stasis type prostatic hyperplasia can reduce the size of prostate, improve bladder function, reduce serum PSA, MCP-1, IL-8 levels and alleviate symptoms.

Key words Wang's Sanhe Formula; Kidney deficiency and stasis type; Prostatic hyperplasia; Prostate volume; Bladder function