



(OSID码)

· 医学循证 ·

化痰法治疗后循环缺血性眩晕有效性及安全性的系统评价

岳文华¹, 张肖倩¹, 杨静¹, 王凌²

【摘要】 目的 系统评价化痰法治疗后循环缺血性眩晕的有效性及安全性。方法 计算机检索万方数据知识服务平台、中国知网、维普网、中国生物医学文献数据库等中文数据库及 The Cochrane Library、PubMed、EMBase 等英文数据库, 筛选化痰法治疗后循环缺血性眩晕的随机对照试验, 检索时间为建库至 2019 年 6 月, 并手动审核相关参考文献。对照组患者采用西药治疗, 试验组患者采用化痰方(汤)或化痰方(汤)联合西药治疗, 应用 Review Manager 5.3 软件对临床有效率、中医证候积分、血脂指标〔包括总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、三酰甘油(TG)〕、椎-基底动脉〔包括左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)〕血流速度、血液流变学指标(包括血小板聚集率、血液黏度、全血高切黏度、全血低切黏度)、血同型半胱氨酸(Hcy)水平、血浆纤维蛋白原(FIB)水平、不良反应进行 Meta 分析或描述性分析。结果 (1) 最终纳入 23 篇文献, 共 2 246 例患者。(2) 试验组患者临床有效率〔RR=1.19, 95%CI(1.15, 1.24)〕高于对照组, 治疗后 TC〔MD=-0.32, 95%CI(-0.62, -0.02)〕、LDL-C〔MD=-0.34, 95%CI(-0.66, -0.03)〕、血小板聚集率〔MD=-7.99, 95%CI(-10.29, -5.69)〕、血浆 FIB 水平〔MD=-0.43, 95%CI(-0.50, -0.36)〕低于对照组($P<0.05$); 两组患者治疗后血 Hcy 水平比较, 差异无统计学意义〔MD=-1.67, 95%CI(-3.74, 0.40), $P=0.11$ 〕。各文献间中医证候积分, TG, LVA、RVA、BA 血流速度, 血液黏度, 全血高切黏度, 全血低切黏度统计学异质性过大, 需采用描述性分析, 结果发现试验组患者治疗后上述指标均优于对照组($P<0.05$)。两组患者均未出现严重不良反应。(2) 绘制报道临床有效率文献发表偏倚的倒漏斗图发现, 散点对称性欠佳, 存在发表偏倚。结论 现有文献证据表明, 化痰法治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效确切, 可有效改善患者血脂指标及血液流变学指标, 且安全性较高。

【关键词】 眩晕; 后循环缺血; 化痰法; 治疗结果; 系统评价

【中图分类号】 R 441.2 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2019.12.001

岳文华, 张肖倩, 杨静, 等. 化痰法治疗后循环缺血性眩晕有效性及安全性的系统评价[J]. 实用心脑血管病杂志, 2019, 27(12): 6-12. [www.syxnf.net]

YUE W H, ZHANG X Q, YANG J, et al. Effectiveness and safety of resolving phlegm method in treating posterior circulation ischemic vertigo: a systematic review [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2019, 27(12): 6-12.

Effectiveness and Safety of Resolving Phlegm Method in Treating Posterior Circulation Ischemic Vertigo: a Systematic Review YUE Wenhua¹, ZHANG Xiaoqian¹, YANG Jing¹, WANG Ling²

1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang 712046, China

2. Shaanxi Traditional Chinese Medicine Hospital, Xi'an 710004, China

Corresponding author: WANG Ling, E-mail: xianyiyi@126.com

【Abstract】 **Objective** To systematically evaluate the effectiveness and safety of resolving phlegm method in treating posterior circulation ischemic vertigo (PCIV). **Methods** Chinese databases including Wanfang Data Knowledge Service Platform, CNKI, VIP and CBM as well as English databases including The Cochrane Library, PubMed and EMBase were searched by computer from building database to June 2019, to screen randomized controlled trials about resolving phlegm method in treating PCIV, and related literatures were manually reviewed. Patients in control group received Western medicine treatment, while patients in test group received resolving phlegm method only or resolving phlegm method combined with Western medicine treatment, Review Manager 5.3 Software was used complete the Meta-analysis or descriptive analysis, involving clinical effective rate, TCM symptoms score, blood lipid parameters (including TC, LDL-C and TG), blood flow velocity of vertebrobasilar artery (including LVA, RVA and BA), hemodynamic index (including platelet aggregation rate,

基金项目: 陕西省社会发展科技攻关项目(2016SF-394)

1.712046 陕西省咸阳市, 陕西中医药大学 2.710004 陕西省西安市, 陕西省中医医院

通信作者: 王凌, E-mail: xianyiyi@126.com

blood viscosity, whole blood high-shear viscosity and whole blood low-shear viscosity), blood Hcy level, plasma FIB level and incidence of adverse reactions. **Results** (1) A total of 23 literatures were enrolled eventually, including 2, 246 patients. (2) Clinical effective rate [$RR=1.19$, $95\%CI(1.15, 1.24)$] in test group was statistically significantly higher than that in control group, post-treatment TC [$MD=-0.32$, $95\%CI(-0.62, -0.02)$], post-treatment LDL-C [$MD=-0.34$, $95\%CI(-0.66, -0.03)$], post-treatment platelet aggregation rate [$MD=-7.99$, $95\%CI(-10.29, -5.69)$] and post-treatment plasma FIB level [$MD=-0.43$, $95\%CI(-0.50, -0.36)$] in test group were statistically significantly lower than those in control group ($P<0.05$), while no statistically significant difference of blood Hcy level was found between the two groups after treatment [$MD=-1.67$, $95\%CI(-3.74, 0.40)$, $P=0.11$]. There is too much statistical heterogeneity in TCM symptoms score, TG, blood flow velocity of LVA, RVA and BA, blood viscosity, whole blood high-shear viscosity, whole blood low-shear viscosity in involved literatures, thus it is necessary to conduct the descriptive analysis, which showed that the above indicators in test group were statistically significantly better than those in control group after treatment ($P<0.05$). No one in the two groups occurred any serious adverse reactions. (3) Inverted funnel plot for publication bias of literatures that reported clinical effective rate showed poor symmetry, so there was publication bias. **Conclusion** Available literature evidence suggests that, resolving phlegm method has certain clinical effect in treating PCIV, which can effectively improve the blood lipid parameters and hemodynamic index, with relatively high safety.

【Key words】 Vertigo; Posterior circulation ischemia; Resolving phlegm method; Treatment outcome; Systematic review

后循环缺血性眩晕主要由椎-基底动脉系统缺血性改变所致^[1]。据统计,全球平均每年新增脑血管病死亡数量患者约为3万^[2],脑血管病已成为导致死亡的第二大病因。缺血性脑卒中患者数量约占所有脑卒中患者的70%^[3],其中后循环卒中患者数量占20%~25%^[4]。针对后循环缺血急性期患者,西医治疗以溶栓为主,预防以口服抗血小板聚集、扩张血管、改善脑血流动力学药物为主^[1,5],虽具有一定临床效果,但存在一定程度的不良反应。后循环缺血性眩晕在中医学中属“眩晕”范畴,古代医家朱丹溪曰“无痰则不做眩”,因此中医治疗后循环缺血性眩晕以化痰法为主,其不仅具有明显疗效,还可降低不良反应发生率,提高患者生存质量。本研究采用系统评价方法,旨在分析化痰法治疗后循环缺血性眩晕的有效性及其安全性,以为临床推广化痰法提供循证医学证据。

1 资料与方法

1.1 检索策略 计算机检索万方数据知识服务平台、中国知网(CNKI)、维普网(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)等中文数据库及The Cochrane Library、PubMed、EMBASE等英文数据库,中文检索词:“眩晕”“后循环缺血性眩晕”“化痰”“祛痰”“豁痰”“中医”“中医药”,英文检索词:“posterior circulation ischemia”“vertigo”“phlegm method”“remove phlegm”“Traditional Chinese Medicine”“Chinese herbal”。检索时间为建库至2019年6月,并手动审核相关参考文献。

1.2 文献纳入与排除标准

1.2.1 文献纳入标准 (1)研究类型:临床随机对照试验;(2)研究对象:后循环缺血性眩晕患者,并符合《中国后循环缺血的专家共识》^[5]《中医病证诊断疗效标准》^[6]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]及《中医内科学》^[8]中的后循环缺血性眩晕诊断标准,不限年龄、性别及证型;(3)干预措施:对照组患者采用西药治疗;试验组患者采用化痰方(汤)或化痰方(汤)联合西药治疗,其中试验组患者所用方(汤)治法中明确写明有“化痰”“豁痰”“祛痰”

则不限纳入研究所用的方剂剂型、剂量及疗程;(4)结局指标:临床有效率、中医证候积分、血脂指标[包括总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、三酰甘油(TG)]、椎-基底动脉[包括左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)]血流速度、血液流变学指标(包括血小板聚集率、血液黏度、全血高切黏度、全血低切黏度)、血同型半胱氨酸(Hcy)水平、血浆纤维蛋白原(FIB)水平、不良反应。

1.2.2 文献排除标准 (1)临床试验方案不合理,无明确的研究对象纳入与排除标准及样本量 <20 例;(2)干预措施涉及针灸、食疗、外用药等其他治疗方案的个案报道、专家经验、临床试验等;(3)无法获得完整数据或全文文献;(4)重复文献。

1.3 文献筛选与资料提取 由两位研究员根据文献纳入与排除标准独立检索数据库并筛选文献,如有分歧及不确定的相关纳入资料则请课题专家组复核并协助裁定。文献提取内容包括第一作者、发表年份、例数、治则、干预措施、药物组方、疗程及结局指标

1.4 质量评价 采用Cochrane评价手册5.1.0中的偏倚风险评估工具评价文献方法学质量,包括是否为随机分配、是否分配隐藏、是否对研究者和受试者施盲、是否对研究结果评价者施盲、结果数据是否完整、是否选择性报告研究结果、是否有其他偏倚来源7项内容,偏倚风险分为“high risk(高偏倚风险)”“unclear risk(不清楚偏倚风险)”及“low risk(低偏倚风险)”,通过仔细阅读纳入文献并评估其偏倚风险,若有不确定信息则请课题专家组协助权衡。

1.5 统计学方法 采用Review Manager 5.3软件进行Meta分析,计数资料以RR及其95%CI表示,计量资料以MD及其95%CI表示。各文献间异质性检验采用 I^2 检验,当 $I^2 \leq 50\%$, $P>0.1$ 时,表明各文献间无统计学异质性,采用固定效应模型进行Meta分析;当 $50\%<I^2 \leq 75\%$, $P<0.1$ 时,表

明各文献间有较高统计学异质性，应通过敏感性分析或亚组分析以检查异质性来源，如未能找到异质性来源则采用随机效应模型进行 Meta 分析；若 $I^2 > 75\%$ ， $P < 0.1$ 则认为文献间统计学异质性过大，放弃 Meta 分析，进行描述性分析。绘制倒漏斗图以评价报道临床有效率文献的发表偏倚。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

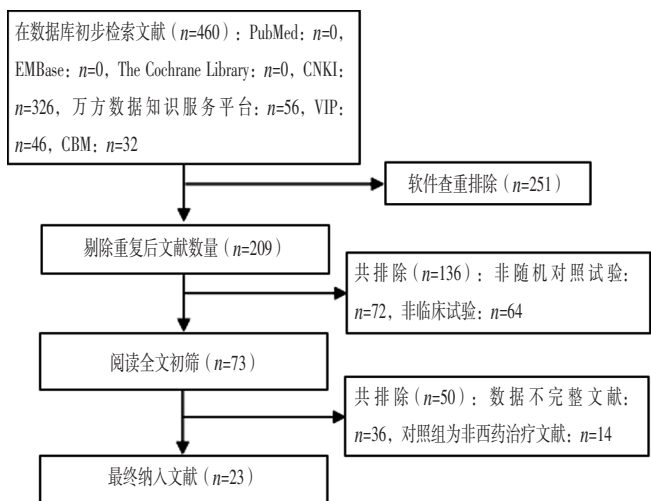
2.1 检索结果 初步检出 460 篇文献，根据文献纳入与排除标准最终纳入 23 篇文献^[9-31]，文献筛选流程见图 1。纳入的 23 篇文献共包含 2 246 例患者，其中观察组 1 148 例、对照组 1 098 例，纳入文献的基本特征见表 1。

2.2 质量评价 随机分配：8 篇文献^[9, 12, 19, 23-24, 27-29]采用随机数字表法，1 篇文献^[26]采用随机计算机分组法，偏倚风险为“low risk”；14 篇文献^[10-11, 13-18, 20-22, 25, 30-31]描述随机方法但未明确指出具体方法，偏倚风险为“unclear risk”。分配隐藏及盲法：23 篇文献均无分配隐藏方案，且未采用盲法，偏倚风险为“unclear risk”。结果数据的完整性：2 篇文献^[15, 19]报道了患者在治疗过程中退出的具体原因，其他文献结果数据未缺失，偏倚风险为“low risk”。选择性报告研究结果：1 篇文献^[27]未报道预先设定的“肝、肾功能及心电图”，偏倚风险为“high risk”；22 篇文献^[9-13, 15-26, 28-31]未选择性报道研究结果，偏倚风险为“low risk”。其他偏倚来源：23 篇文献均无法明确其他偏倚来源，偏倚风险为“unclear risk”。详见图 2。

2.3 Meta 分析

2.3.1 临床有效率

2.3.1.1 临床有效率 22 篇文献^[9-20, 22-31]报道了临床有效率，各文献间无统计学异质性 ($I^2=0$ ， $P=0.90$)，采用固定效应模型进行 Meta 分析，结果显示，试验组患者临床有效率高于对照组，差异有统计学意义 [$RR=1.19$ ， $95\%CI(1.15, 1.24)$ ， $P<0.000 01$ ，见图 3]。



注：CNKI= 中国知网，VIP= 维普网，CMB= 中国生物医学文献数据库

Figure 1 Literature screening process

2.3.1.2 亚组临床有效率 根据纳入文献的干预措施分为中药化痰法+西药组与西药组^[9-12, 14, 18-20, 22-26, 28-31]和中药化痰法组与西药组^[13, 15-17, 27]，各文献间无统计学异质性 ($I^2=0$ ， $P=0.97$ ； $I^2=0$ ， $P=0.58$)，采用固定效应模型进行亚组 Meta 分析，结果显示，中药化痰法+西药组患者临床有效率高于西药组，差异有统计学意义 [$RR=1.22$ ， $95\%CI(1.16, 1.27)$ ， $P<0.000 01$]；中药化痰法组患者临床有效率亦高于西药组，差异有统计学意义 [$RR=1.13$ ， $95\%CI(1.05, 1.21)$ ， $P=0.000 5$ ，见图 4]。

2.3.2 血脂指标

2.3.2.1 TC 4 篇文献^[9, 11, 13, 15]报道了治疗后 TC，各文献间有统计学异质性 ($I^2=64\%$ ， $P=0.04$)，采用随机效应模型进行 Meta 分析，结果显示，试验组患者治疗后 TC 低于对照组，差异有统计学意义 [$MD=-0.32$ ， $95\%CI(-0.62, -0.02)$ ， $P=0.04$ ，见图 5]。

2.3.2.2 LDL-C 4 篇文献^[9, 11, 13, 15]报道了治疗后 LDL-C，各文献间有统计学异质性 ($I^2=75\%$ ， $P=0.007$)，采用随机效应模型进行 Meta 分析，结果显示，试验组患者治疗后 LDL-C 低于对照组，差异有统计学意义 [$MD=-0.34$ ， $95\%CI$

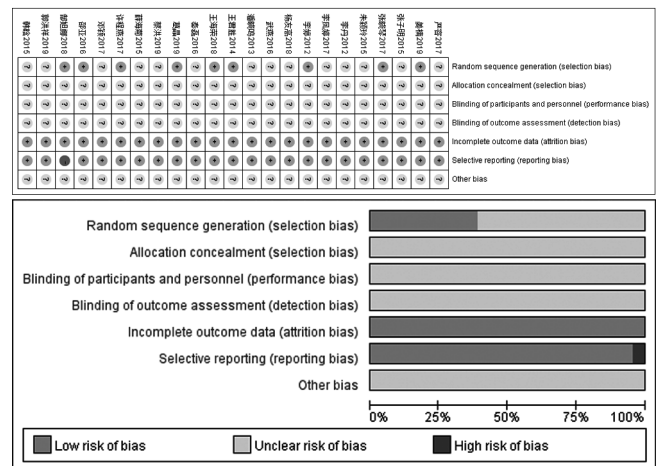


Figure 2 Cochrane assessment results for risk of bias

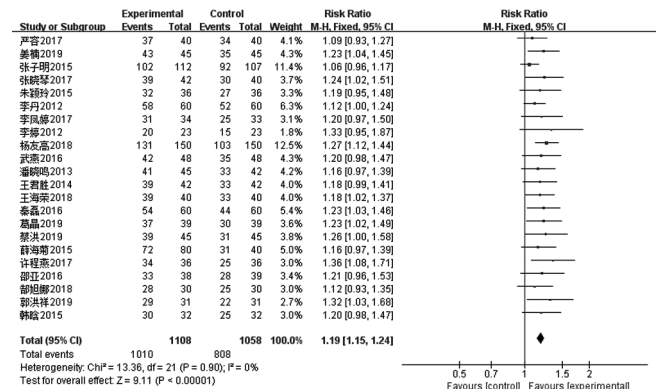


Figure 3 Forest plot for comparison of clinical effective rate between control group and test group

表1 纳入文献的基本特征
Table 1 Basic characteristics of the involved literatures

第一作者	发表年份	例数 (试验组/对照组)	治则	干预措施		化痰汤(方)药物组成	疗程 (d)	结局 指标
				试验组	对照组			
李婷 ^[9]	2012	23/23	疏郁清火、 健脾化痰	抑眩汤+阿司匹林肠溶片+辛伐他汀片	阿司匹林肠溶片+辛伐他汀片 +滇白糖浆	柴胡、黄芩、党参、茯苓、白术、半夏、陈皮、天麻、 钩藤、泽泻、仙鹤草、(炙)甘草、生姜、大枣	21	abcdefgh
李丹 ^[10]	2012	60/60	息风化痰、 活血开窍	半夏白术天麻汤+甲磺酸倍他司汀片	甲磺酸倍他司汀片	半夏、白术、天麻、茯苓、胆南星、(炒)苍耳子、 当归、丹参、川芎、白芍、枸杞子、钩藤、羚羊角 粉	15	afgh
潘晓鸣 ^[11]	2013	45/42	燥湿化痰降 浊	温胆汤+阿司匹林肠溶片+尼莫地平片	阿司匹林肠溶片 +尼莫地平片	半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、甘草	14	acdefghiklo
王君胜 ^[12]	2014	42/42	燥湿化痰、 健脾和胃	半夏白术天麻汤加减+尼莫地平片 +马来酸桂哌齐特注射液	尼莫地平片+马来酸桂哌齐特 注射液	半夏、天麻、白术、茯苓、陈皮、甘草、 生姜、大枣、菖蒲、丹参、川芎	15	ahklo
薛海菊 ^[13]	2015	80/40	息风化痰	眩晕停	丁咯地尔	钩藤、半夏、牛膝、茯苓、天麻、白术、丹参、 川芎、菖蒲、红花、竹茹、山楂	14	acden
韩哈 ^[14]	2015	32/32	补气养血、 祛瘀生新、 豁痰止眩	自拟消眩方+盐酸氟桂利嗪胶囊	盐酸氟桂利嗪胶囊	黄芪、党参、生地、白芍、当归、川芎、赤芍、茯 苓、泽泻、山楂、瓜蒌、半夏、石菖蒲、陈皮、天 麻、桂枝	28	afgh
张子明 ^[15]	2015	112/107	健脾化痰、 和胃降逆、 息风定眩	清眩汤	盐酸氟桂利嗪胶囊	党参、茯苓、(炙)甘草、白术、陈皮、半夏、天麻、 菊花、荆芥、防风、川芎、厚朴、紫苏梗、荷叶	14	acdefghijkllo
朱颖玲 ^[16]	2015	36/36	健脾祛痰、 活血化痰、 息风通络	健脾化痰定眩饮	阿司匹林肠溶片	白术、茯苓、石菖蒲、丹参、(姜)半夏、泽泻、 天麻、川芎、陈皮、葛根、甘草	14	afgh
秦磊 ^[17]	2016	60/60	平肝化痰	定眩汤	盐酸氟桂利嗪胶囊	代赭石、石决明、天麻、半夏、茯苓、陈皮、 泽泻、白术、夏枯草、甘草、生姜、大枣	28	abe
武燕 ^[18]	2016	48/48	化痰祛湿、 健脾和胃	半夏白术天麻汤+甲磺酸倍他司汀片 +前列地尔注射液	甲磺酸倍他司汀片 +前列地尔注射液	天麻、白术、(清)半夏、茯苓、橘红、大枣、生 姜、甘草	14	ae
邵亚 ^[19]	2016	38/39	行气化痰、 祛痰止眩	活血定眩汤+盐酸氟桂利嗪胶囊	盐酸氟桂利嗪胶囊	当归、川芎、(法)半夏、白术、陈皮、茯苓、生 姜、天麻、夏枯草、生甘草、大枣	30	abfgh
李凤婷 ^[20]	2017	34/33	温阳健脾、 祛痰化痰	苓桂术甘汤加减+甲磺酸倍他司汀片 +马来酸桂哌齐特注射液	甲磺酸倍他司汀片 +马来酸桂哌齐特注射液	茯苓、桂枝、白术、(炙)甘草	14	aemo
邓颖 ^[21]	2017	40/40	化痰息风、 活血通络	化痰止眩汤	甲磺酸倍他司汀片	天麻、(姜)半夏、菖蒲、白蒺藜、川芎、白芍、 白术、 茯苓、桃仁、红花、桂枝、泽泻、葛根	14	fgh
严容 ^[22]	2017	40/40	健脾化痰、 活血祛风	半夏白术天麻汤合桃红四物汤加减 +前列地尔注射液+奥拉西坦注射液	前列地尔注射液 +奥拉西坦注射液	法半夏、天麻、白术、陈皮、桃仁、赤芍、 川芎、红花、甘草	14	afghm
张晓琴 ^[23]	2017	42/40	化痰涤饮、 活血祛瘀	清眩化痰汤+盐酸氟桂利嗪胶囊	盐酸氟桂利嗪胶囊	柴胡、黄芩、(姜)半夏、茯苓、陈皮、白术、泽泻、 (生)薏苡仁、川芎、赤芍、三七、天麻、甘草	14	afgh
许程燕 ^[24]	2017	36/36	扶正固本、 祛风化痰行 瘀	小续命汤+盐酸氟桂利嗪胶囊	盐酸氟桂利嗪胶囊	(炙)麻黄、防风、防己、杏仁、生姜、附子、党 参、桂枝、川芎、赤芍、黄芩、甘草	14	afgh
杨友高 ^[25]	2018	150/150	平肝息风、 活血化痰、 化痰定眩	定眩汤+阿司匹林肠溶片+甲磺酸倍他 司汀片+盐酸氟桂利嗪胶囊+阿托伐他 汀钙片	阿司匹林肠溶片+甲磺酸倍他 司汀片+盐酸氟桂利嗪胶囊 +阿托伐他汀钙片	葛根、(生)黄芪、(生)龙骨、(生)牡蛎、红 景天、丹参、 海风藤、三七、(生)山楂、天麻、川芎、银杏叶	14	afghijkln
王海荣 ^[26]	2018	40/40	健脾化痰、 祛风止晕	化痰止眩汤+长春西汀注射液	长春西汀注射液	葛根、泽泻、川芎、半夏、陈皮、白术、 天麻、茯苓、胆南星、地龙、僵蚕、甘草	14	afgh
郜旭娜 ^[27]	2018	30/30	健脾化痰	自拟健脾祛湿方	甲磺酸倍他司汀片	茯苓、(炒)白术、薏苡仁、半夏、桂枝、 红景天、天麻、香橼、全蝎、甘草	90	afgh
葛晶 ^[28]	2019	39/39	化痰息风、 行气活血	化痰止眩汤+西医疗	西医疗	(炙)僵蚕、天麻、钩藤、陈皮、(法)半夏、 川芎、葛根、(炙)黄芪、(制)首乌、蔓荆子	14	abfgh
姜楠 ^[29]	2019	45/45	行气活血化 痰	行气活血化痰方+西医疗	西医疗	川芎、泽兰、郁金、天麻、钩藤、石菖蒲、 赤芍、当归、桃仁、陈皮、红花、葛根	14	afgho
郭洪祥 ^[30]	2019	31/31	化痰祛瘀、 升阳益气、 解痉定眩	定眩颗粒+甲磺酸倍他司汀片	甲磺酸倍他司汀片	天麻、僵蚕、川芎、黄芪、首乌、 蔓荆子、半夏、葛根	14	afgh
蔡洪 ^[31]	2019	45/45	燥湿化痰、 息风止晕	半夏白术天麻汤+阿司匹林肠溶片 +盐酸氟桂利嗪胶囊	阿司匹林肠溶片 +盐酸氟桂利嗪胶囊	(法)半夏、白术、天麻、茯苓、 陈皮、枳实、胆南星、甘草	14	afghjkl

注: a 为临床有效率, b 为中医证候积分, c 为总胆固醇, d 为低密度脂蛋白胆固醇, e 为三酰甘油, f 为左椎动脉血流速度, g 为右椎动脉血流速度, h 为基底动脉血流速度, i 为血小板聚集率, j 为血液黏度, k 为全血高切黏度, l 为全血低切黏度, m 为血同型半胱氨酸水平, n 为血浆纤维蛋白原水平, o 为不良反应

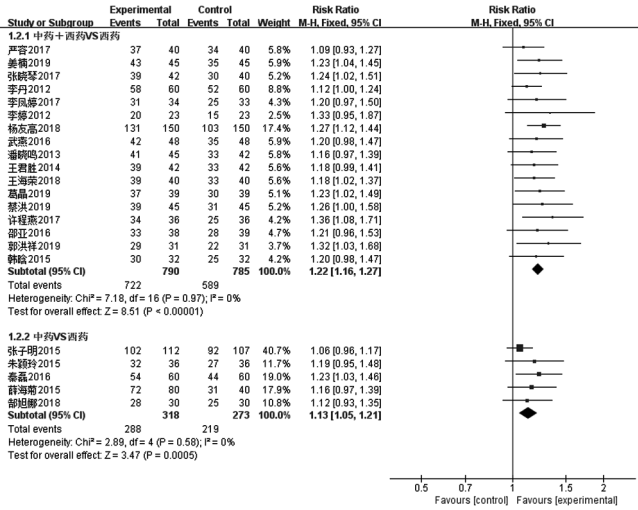


图4 对照组与试验组亚组临床有效率比较的森林图

Figure 4 Forest plot for comparison of subgroup analysis of clinical effective rate between control group and test group

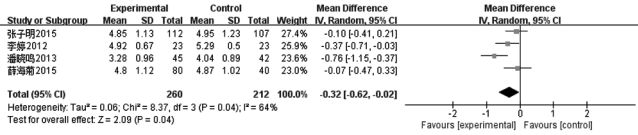


图5 对照组与试验组患者治疗后 TC 比较的森林图

Figure 5 Forest plot for comparison of TC between control group and test group after treatment

(-0.66, -0.03), $P=0.03$, 见图6)。

2.3.3 血小板聚集率 2 篇文献^[11, 15]报道了治疗后血小板聚集率, 文献间无统计学异质性 ($I^2=0\%$, $P=1.00$), 采用固定效应模型进行 Meta 分析, 结果显示, 试验组患者治疗后血小板聚集率低于对照组, 差异有统计学意义 [$MD=-7.99$, $95\%CI (-10.29, -5.69)$, $P<0.000 01$, 见图7]。

2.3.4 血 Hcy 水平 2 篇文献^[20, 22]报道了治疗后血 Hcy 水平, 文献间无统计学异质性 ($I^2=0$, $P=0.74$), 采用固定效应模型进行 Meta 分析, 结果显示, 两组患者治疗后血 Hcy 水平比较, 差异无统计学意义 [$MD=-1.67$, $95\%CI (-3.74, 0.40)$, $P=0.11$, 见图8]。

2.3.5 血浆 FIB 水平 2 篇文献^[13, 25]报道了治疗后血浆 FIB 水平, 文献间无统计学异质性 ($I^2=0$, $P=0.48$), 采用固定效应模型进行 Meta 分析, 结果显示, 试验组患者治疗后血浆 FIB 水平低于对照组, 差异有统计学意义 [$MD=-0.43$, $95\%CI (-0.50, -0.36)$, $P<0.000 01$, 见图9]。

2.4 描述性分析 报道中医证候积分, TG, LVA, RVA, BA 血流速度, 血液黏度, 全血高切黏度, 全血低切黏度异质性的文献间有统计学异质性 ($I^2>85\%$, $P<0.000 01$), 需采用描述性分析, 结果发现试验组患者治疗后上述指标均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.5 不良反应 5 篇文献^[11-12, 15, 20, 29]报道了不良反应, 其中 4 篇^[11-12, 20, 29]报道未出现不良反应; 1 篇^[15]报道观察组患者出现轻度腹泻, 对照组患者出现疲惫感、胃部烧灼感,

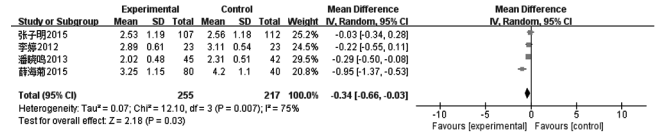


图6 对照组与试验组患者治疗后 LDL-C 比较的森林图

Figure 6 Forest plot for comparison of LDL-C between control group and test group after treatment

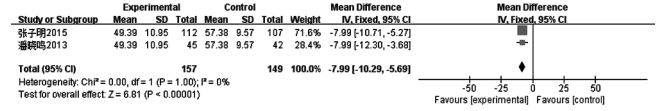


图7 对照组与试验组患者治疗后血小板聚集率比较的森林图

Figure 7 Forest plot for comparison of platelet aggregation rate between control group and test group after treatment

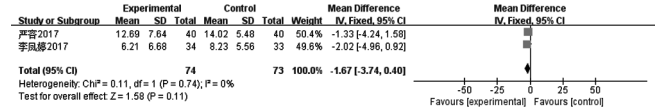


图8 对照组与试验组患者治疗后血 Hcy 水平比较的森林图

Figure 8 Forest plot for comparison of blood Hcy level between control group and test group after treatment

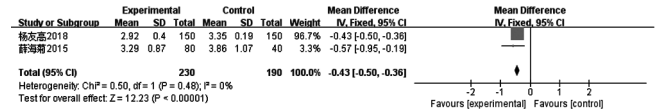


图9 对照组与试验组患者治疗后血浆 FIB 水平比较的森林图

Figure 9 Forest plot for comparison of plasma FIB level between control group and test group after treatment

两组患者不良反应均未做特殊处理, 而后症状消失。

2.6 发表偏倚分析 22 篇文献报道了临床有效率^[9-20, 22-31], 绘制其发表偏倚的倒漏斗图发现, 散点对称性欠佳, 存在发表偏倚, 见图10。

3 讨论

后循环缺血性眩晕主要因椎-基底动脉系统缺血性改变所致, 是后循环缺血最常见的临床症状^[1]。后循环缺血性眩

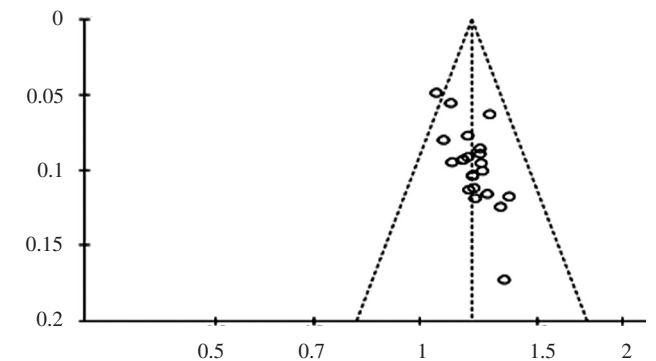


图10 报道临床有效率文献发表偏倚的倒漏斗图

Figure 10 Inverted funnel plot for publication bias of literatures reported clinical effective rate

晕在中医学中属“眩晕”范畴,其最早在《内经》中称为“眩冒”。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中曰“心下有支饮,其人苦冒眩”,认为痰饮是导致眩晕的重要因素;《丹溪心法·头眩》曰“头眩,痰夹气虚并火,治痰为主,夹补气药及降火药”,强调无痰则不作眩并提出痰水致眩学说;《景岳全书》曰:“善治痰者,惟能使起不生,方是补天之手”,历代医家的论述均提示眩晕与痰具有密切联系^[32]。眩晕病位在脑,病性为本虚标实,与肝、脾、肾密切相关。痰是人体津液代谢异常的产物,既是眩晕的诱发因素,也是眩晕的产物^[31,33]。研究表明,后循环缺血性眩晕患者痰证表现率达90%^[34],因此化痰法在临床治疗后循环缺血性眩晕方面具有重要作用。另有研究表明,化痰法可通过多靶点治疗后循环缺血性眩晕,在调节血脂、抑制动脉血管病变及改善血流变学方面具有明显优势,其作用机制可能与改善血管内皮细胞功能、稳定血管脂质斑块等有关^[35]。

“眩晕”是国家中医药管理局所明确指定的中医优势病种^[36],但中医药治疗具有个体化,而由于本研究纳入的临床随机对照试验药物不同,因此不能对某单味中药治疗后循环缺血性眩晕的临床安全性及确切疗效做出定论。系统评价是在全面、系统地对所纳入文献进行评价的基础上对多个研究进行收集并综合统计分析,以达到某个统一的研究目的^[37]。本系统评价结果显示,试验组患者治疗后临床疗效,治疗后TC、LDL-C、血小板聚集率、血浆FIB水平,中医证候积分,TG,LVA,RVA,BA血流速度,血液黏度,全血高切黏度,全血低切黏度均优于对照组,且两组患者未发现严重不良反应,表明化痰法治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效确切。

现有文献证据表明,化痰法治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效确切,可有效改善患者血脂指标及血液流变学指标,且安全性较高;但本系统评价存在以下局限性:(1)方法学质量偏低:纳入的23篇文献未完全明确随机分配隐藏方案,可能会产生一定的选择性偏倚和实施性偏倚;(2)异质性来源无法确定。因此,化痰法治疗后循环缺血性眩晕患者的有效性及安全性仍需更多大样本量、高质量研究进一步证实。

参考文献

- [1] 何菊,张怀亮.后循环缺血性眩晕的中西医研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(6):871-872,封3-4.
- [2] GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators.Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 [J].Lancet, 2016, 388(10053): 1775-1812.DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31470-2.
- [3] 中华医学会神经病学分会与中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2015.04.002.
- [4] MERWICK Á, WERRING D.Posterior circulation ischaemic stroke [J].BMJ, 2014, 348: g3175.DOI: 10.1136/bmj.g3175.
- [5] 中国后循环缺血专家共识组.中国后循环缺血的专家共识[J].中华内科杂志,2006,45(9):786-787.DOI: 10.3760/j.issn: 0578-1426.2006.09.034.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:37.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:139-143.
- [8] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:297-304.
- [9] 李婷,王体敬.抑眩汤治疗后循环缺血性眩晕23例临床研究[J].山东中医杂志,2012,31(12):859-861.DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2012.12.003.
- [10] 李丹.半夏白术天麻汤加减治疗后循环缺血性眩晕60例[J].河南中医,2012,32(2):234-235.DOI: 10.16367/j.issn.1003-5028.2012.02.060.
- [11] 潘晓鸣.温胆汤治疗45例后循环缺血性眩晕的临床观察[J].福建医药杂志,2013,35(6):141-143.
- [12] 王君胜,李雪清,高正伟,等.半夏白术天麻汤加减治疗后循环缺血性眩晕42例总结[J].湖南中医杂志,2014,30(6):27-28.
- [13] 薛海菊,魏志贤.熄风化痰法治疗后循环缺血性眩晕80例疗效观察[J].中国实用医药,2015,10(15):184-185.DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2015.15.127.
- [14] 韩晗.自拟消眩方佐治后循环缺血性眩晕32例疗效观察[J].国医论坛,2015,30(3):33-35.DOI: 10.13913/j.cnki.41-1110/r.2015.03.022.
- [15] 张子明,樊建平,历金财,等.清眩汤治疗后循环缺血性眩晕113例临床观察[J].河北中医,2015,37(8):1137-1140,1144.DOI: 10.3969/j.issn.1002-2619.2015.08.005.
- [16] 朱颖玲,唐晓华,潘平雷.自拟健脾化痰定眩饮治疗后循环缺血性眩晕临床观察[J].陕西中医,2015,36(2):158-159.DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2015.02.014.
- [17] 秦磊,王念,全亚萍.定眩汤治疗肝阳夹痰型后循环缺血性眩晕60例临床观察[J].中医临床研究,2016,8(4):80-81.DOI: 10.3969/j.issn.1674-7860.2016.04.041.
- [18] 武燕.半夏白术天麻汤加减治疗后循环缺血性眩晕48例疗效观察[J].亚太传统医药,2016,12(14):148-149.DOI: 10.11954/ytty.201614059.
- [19] 邵亚,王英瑞.活血定眩汤治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效观察[J].西部中医药,2016,29(9):113-115.DOI: 10.3969/j.issn.1004-6852.2016.09.034.
- [20] 李凤婷,卢艳文,祁艳萍,等.苓桂术甘汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床效果观察[J].中国当代医药,2017,24(11):155-157.DOI: 10.3969/j.issn.1674-4721.2017.11.048.
- [21] 邓颖,袁昌文,张秋池.化痰止眩汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[J].实用中西医结合临床,2017,17(7):68,104.DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.07.041.
- [22] 严容,丁煜,徐佳杨.从痰论治后循环缺血性眩晕40例[J].江西中医药,2017,48(9):50-51.
- [23] 张晓琴.清眩化痰汤治疗后循环缺血性眩晕的临床观察[J].中国民间疗法,2017,25(8):55-56.DOI: 10.3969/

j.issn.1007-5798.2017.08.046.

[24] 许程燕, 吕江华, 蒙燕颖. 小续命汤加减治疗后循环缺血性眩晕 36 例临床观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27 (18): 50-51. DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2017.18.023.

[25] 杨友高, 冉晓刚, 郑维军, 等. 定眩汤对血瘀气滞型后循环缺血性眩晕患者血液流变学及血流动力学的影响 [J]. 云南中医学院学报, 2018, 41 (1): 57-60. DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.01.014.

[26] 王海荣. 化痰止眩汤治疗痰浊中阻型后循环缺血性眩晕临床观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39 (12): 43-44. DOI: 10.3969/j.issn.1007-2349.2018.12.018.

[27] 郜旭娜, 朱青霞, 崔春风, 等. 健脾祛湿方治疗痰湿中阻型后循环缺血性眩晕临床研究 [J]. 河南中医, 2018, 38 (9): 1373-1376. DOI: 10.16367/j.issn.1003-5028.2018.09.0367.

[28] 葛晶, 赵峰, 张敬华, 等. 化痰止眩方治疗后循环缺血性眩晕的临床研究 [J]. 中国中医急症, 2019, 28 (4): 652-654, 670.

[29] 姜楠, 曹明. 行气活血化痰方治疗痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕的临床研究 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36 (4): 462-465. DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2019.04.003.

[30] 郭洪祥, 徐坡. 定眩颗粒对老年后循环缺血性眩晕治疗的影响 [J]. 江西中医药, 2019, 50 (6): 36-38.

[31] 蔡洪, 杨德钱. 半夏白术天麻汤对后循环缺血性眩晕的临床研究 [J]. 中国中医急症, 2019, 28 (5): 848-850. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2019.05.024.

[32] 马景和. 从痰论治眩晕体会 [J]. 中国中医急症, 2014, 23 (5): 992-993. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2014.05.105.

[33] 周路, 邱全, 贺启荣. 中医药治疗后循环缺血性眩晕的临床应用近况 [J]. 广西中医药大学学报, 2015, 18 (1): 59-60.

[34] 王烁, 刘金民. 后循环短暂缺血发作所致眩晕急性发作与中医风痰证相关性研究 [J]. 中国中医急症, 2010, 19 (11): 1871-1872, 1928. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2010.11.023.

[35] 刘春华, 颜旭, 邓浩庆, 等. 眩晕定方对后循环缺血性眩晕家兔血脂水平及椎动脉粥样硬化的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11 (5): 573-575. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1349.2013.05.030.

[36] 葛伟韬. 95 个中医优势病种临床路径和诊疗方案发布 [J]. 中医药管理杂志, 2019, 27 (3): 230.

[37] AMGAD M, MAN K T M, LIPTROTT S J, et al. Medical Student Research: An Integrated Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis [J]. PLoS One, 2015, 10 (6): e0127470. DOI: 10.1371/journal.pone.0127470.

(收稿日期: 2019-10-09; 修回日期: 2019-12-18)
(本文编辑: 李越娜)

· 指南 · 共识 · 标准 ·

《2019 美国心脏协会 (AHA) 心肺复苏及心血管急救指南》中成人心肺复苏及心血管急救更新要点

☆**早期识别先兆晕厥** 建议出现血管迷走神经性或直立性先兆晕厥的症状〔典型表现包括虚弱、头晕、恶心、感觉暖/冷、腹痛、视力障碍(黑斑、视力模糊)〕或体征(典型表现包括面色苍白/皮肤苍白、出汗、呕吐、颤抖、叹气、姿势性张力减弱、混乱)的患者先采取安全体位(如坐位或卧位)后再进行肢体加压动作(PCM), 以避免晕厥的发生或改善晕厥症状(建议级别: 2a 级; 证据水平: C-LD); PCM 后 1~2 min 无效者应寻求其他帮助。

☆**心肺复苏期间高级气道选择** 心肺复苏期间可考虑采用球囊面罩通气(BMV)或高级气道管理策略(建议级别: 2b 级; 证据水平: B-R)。

☆**心肺复苏期间血管加压药物的使用** ①建议给予心搏骤停患者肾上腺素(建议级别: 1 级; 证据水平: B-R), 每 3~5 min 给予 1 mg (建议级别: 2a 级; 证据水平: C-LD); 不建议心搏骤停期间常规使用大剂量肾上腺素〔(建议级别: 3 级(无益处)); 证据水平: B-R〕。②建议尽早给予非除颤心律的心搏骤停患者肾上腺素(建议级别: 2a 级; 证据水平: C-LD); 建议可除颤心律的心搏骤停患者在最初数次除颤失败后使用肾上腺素(建议级别: 2b 级; 证据水平: C-LD)。③心搏骤停期间可考虑使用血管加压素, 但其作为肾上腺素的替代药物并无明显优势(建议级别: 2b 级; 证据水平: C-LD); 心搏骤停期间可考虑联用血管加压素和肾上腺素或单用肾上腺素(建议级别: 2b 级; 证据水平: C-LD)。

☆**传统心肺复苏失败的患者可将体外心肺复苏 (ECPR) 作为抢救手段** 在有技术熟练的 ECPR 团队支持并能快速实施 ECPR 条件下, 传统心肺复苏失败者可考虑将 ECPR 作为抢救手段(建议级别: 2b 级; 证据水平: C-LD)。

☆**调度员指导的心肺复苏 (DA-CPR) 可使心肺复苏实施的可能性几乎提高 2 倍** ①建议紧急调度中心为现场施救者提供心肺复苏指导, 并授权调度员为实施成人心肺复苏者提供指导(建议级别: 1 级; 证据水平: C-LD)。②对于可疑成年院外心搏骤停(OHCA)患者, 调度员应该指导呼救者实施心肺复苏(建议级别: 1 级; 证据水平: C-LD); 尽管即时旁观者心肺复苏可提高心搏骤停患者生存率, 但成人 OHCA 患者很少接受即时旁观者心肺复苏, 而如果向呼叫者提供 DA-CPR, 则旁观者进行心肺复苏的可能性几乎提高两倍。

☆**建立心搏骤停中心 (CAC)** CAC 是可提供全面的、最新证据支持的心肺复苏措施和心搏骤停后综合治疗的专业医疗中心, 包括紧急心脏介入手术、目标体温管理、血流动力学支持和神经系统功能恢复等。

(原文链接: https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates_Highlights_ZHCN.pdf)