

半夏白术天麻汤加减治疗椎动脉型颈椎病的 Meta 分析[△]

杨皓然^{1*}, 党建军^{2#}, 郑宇², 贾承明², 王欢¹, 李懿韵¹, 张博星¹, 伍均¹, 袁泉¹, 崔帅¹ (1. 陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西 咸阳 712046; 2. 陕西省中医医院骨伤一科, 西安 710003)

中图分类号 R932

文献标志码 A

文章编号 1672-2124(2023)12-1478-06

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2023.12.014



摘要 目的:系统评价半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床疗效,为其临床应用提供循证学支持。方法:检索国内外主流文献数据库,搜索半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用(研究组)治疗 CSA 的随机对照试验(对照组为其他疗法),检索日期为建库至 2022 年 11 月 22 日。参照 Cochrane 手册 5.1.0 提供的标准评估文献质量及风险,应用 EndNote X9.1 软件进行文献管理,应用 RevMan 5.4 软件进行 Meta 分析。结果:最终纳入 18 篇文献,合计 1 822 例患者(研究组 936 例,对照组 886 例)。Meta 分析结果提示,研究组 CSA 患者的临床总有效率($OR=3.45, 95\%CI=2.66\sim4.48, Z=9.34, P<0.000\ 01$)、临床治愈率($OR=2.24, 95\%CI=1.83\sim2.73, Z=7.92, P<0.000\ 01$)高于对照组,差异均有统计学意义;研究组 CSA 患者椎-基底动脉血流速度、CSA 眩晕症状和头痛症状的改善效果优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);安全性分析结果显示,两组治疗方案均具有良好的安全性。结论:半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用可以治疗 CSA,且可加快椎-基底动脉血流速度,促进血液循环,有效减轻患者的眩晕、头痛等临床症状,安全性良好。

关键词 椎动脉型颈椎病;半夏白术天麻汤;Meta 分析;随机对照试验

Meta-Analysis on Modified Banxia Baizhu Tianma Decoction in the Treatment of Vertebral Artery Type of Cervical Spondylosis[△]

YANG Haoran¹, DANG Jianjun², ZHENG Yu², JIA Chengming², WANG Huan¹, LI Yiyun¹, ZHANG Boxing¹, WU Jun¹, YUAN Quan¹, CUI Shuai¹ (1. The First School of Clinical Medicine, Shaanxi University of Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712046, China; 2. Dept. of Orthopedic Surgery, Shaanxi Provincial Hospital of Chinese Medicine, Xi'an 710003, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To systematically evaluate the clinical efficacy of modified Banxia Baizhu Tianma decoction alone or combined with other therapies in the treatment of vertebral artery type of cervical spondylosis (CSA), so as to provide evidence-based support for its clinical application. **METHODS:** The mainstream literature databases at home and abroad were retrieved for randomized controlled trials (the control group was given other therapies) of modified Banxia Baizhu Tianma decoction alone or combined with other therapies (research group) in the treatment of CSA from establishment of the database to Nov. 22nd, 2022. The quality and risk of the literature were evaluated by reference to the criteria provided in the Cochrane Manual 5.1.0, literature management was performed by using EndNote X9.1 software, and Meta-analysis was conducted by using RevMan 5.4 software. **RESULTS:** A total of 18 studies were enrolled, including 1 822 patients (936 patients in the research group and 886 patients in the control group). Results of Meta-analysis suggested that the total clinical effective rate ($OR=3.45, 95\%CI=2.66\sim4.48, Z=9.34, P<0.000\ 01$) and the clinical cure rate ($OR=2.24, 95\%CI=1.83\sim2.73, Z=7.92, P<0.000\ 01$) of CSA patients in the research group were higher than those in the control group, with statistically significant differences. The improvements of vertebral-basilar artery blood flow velocity, symptoms of dizziness and headache of CSA patients in the research group were better than those in the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). The results of safety analysis indicated that both therapeutic regimens had good safety. **CONCLUSIONS:** Modified Banxia Baizhu Tianma decoction alone or in combination with other therapies can treat CSA, which can improve the blood flow

△ 基金项目:长安朱氏骨伤流派传承工作室项目(No. 陕中医药发[2018]40号);陕西省名中医传承工作室建设项目[No. 陕中医药发(2019019)];陕西省三秦学者创新团队资助项目(No. 陕组通字[2020]45号);陕西省中医药管理局科研课题(No. 2021-GJ-LC010);陕西省中医药管理局科研课题(No. 2021-GJ-JC014);陕西省自然科学基金基础研究计划项目(No. 2019JQ-557);陕西省中医药研究院“苗圃培育计划”项目(No. 2021-06);陕西中医药大学研究生质量提升工程专项项目(No. CXSJ202310);陕西中医药大学校级科研课题研究生创新项目(No. 2021CX04)

* 硕士研究生。研究方向:中医骨伤疾病的基础与临床研究。E-mail:294595592@qq.com

通信作者:主任医师,硕士生导师。研究方向:中医骨伤疾病的基础与临床研究。E-mail:dang6@126.com

velocity of vertebrobasilar artery, promote blood circulation, effectively reduce the clinical symptoms such as vertigo and headache, with good safety.

KEYWORDS Vertebral artery type of cervical spondylosis; Banxia Baizhu Tianma decoction; Meta-analysis; Randomized controlled trial

椎动脉型颈椎病 (vertebral artery type of cervical spondylosis, CSA) 是由于颈椎椎体发生了退行性改变, 产生眩晕、头痛、耳鸣、眼花、恶心呕吐, 甚至昏厥、猝倒等主要表现的综合征^[1]。文献报道, 我国颈椎病的发病率为 3.8%~17.6%, CSA 患者数占颈椎病患者数的 20%~30%, 在颈椎病中居第 2 位, 仅次于神经根型颈椎病, 女性患者明显多于男性患者, 多发于中老年人, 严重者影响患者的日常工作和生活, 危害患者健康^[2]。半夏白术天麻汤首见清代程国彭所著《医学心悟》, 具有平肝熄风、燥湿化痰、降逆止呕的功效, 与其他疗法联合应用, 取长补短, 功效更佳。目前, 对半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用治疗 CSA 的报道较多, 但疗效评价有所不同。对相关文献进行 Meta 分析, 能够客观评价半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用治疗 CSA 的疗效, 为临床提供依据。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

(1) 诊断标准采用《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》^[3]或《第三届全国颈椎病专题座谈会纪要》^[4]中的 CSA 诊断标准。(2) 提及“随机对照”等语句、文字的文章。(3) 研究组干预措施为半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用; 对照组为其他疗法, 如常规中医疗法(针灸、推拿、小针刀、牵引、按摩、中药塌渍等)或常规西药疗法(盐酸氟桂利嗪胶囊、盐酸氟桂利嗪片、醋氯芬酸胶囊、尼莫地平片、低分子右旋糖酐、复方丹参注射液、地芬尼多片等)。(4) 结局指标包括总有效率、治愈率、椎-基底动脉血流速度及眩晕、头痛症状评分等。(5) 排除标准: ①研究组治疗方法未提及半夏白术天麻汤加减的文章; ②多发、重发的文章, 重复发表的文章仅选取数据最全的 1 篇; ③临床经验总结、综述、会议报道、非论著形式, 并未设立对照组的文献; ④临床样本量<50 例的个案报道文章; ⑤研究对象为动物的文章; ⑥无明确诊疗标准、无明显疗效评价指标的文章; ⑦缺少信息、统计方法不恰当、研究质量低的文献。

1.2 文献检索策略

使用计算机系统, 全面检索半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合使用治疗 CSA 的随机对照试验(RCT)。检索数据库包括中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献服务系统、PubMed、Embase、the Cochrane Library、Web of Science。中文检索词包括“半夏白术天麻汤”“椎动脉型颈椎病”“颈椎病”“颈肩痛”“颈椎关节病”“颈椎退行性变”“颈椎退行性病变”“颈椎退行性疾病”“随机”和“随机对照”等。英文检索主题词包括“Banxia-Baizhu-Tianma decoction”“banxia baizhu tianma decoction”“Ban Xia Bai Zhu Tian Ma soup and Tong”“Pinellia Bighead Atractylodes and Gastrodia Decoction, cervical spondylosis”“vertebral artery type cervical

spondylopathy”“cervical spondylopathy”“neck and shoulder pain”“cervical degenerative changes”“cervical degenerative diseases”“randomized”和“RCT”等。检索日期为建库至 2022 年 11 月 22 日。

1.3 文献筛选、资料提取与文献质量评价

由 2 名研究者筛选文献, 若存在分歧, 则与第 3 名研究者协商讨论、删除和纳入。参照 Cochrane 评价手册中的“偏倚风险评估”工具(RoB), 对文献的方法学质量进行评价^[5]。评价的内容主要包括随机分配, 方案隐藏, 研究对象、研究者、结局评估者实施盲法, 数据完整性, 选择性结果及其他偏倚^[6]。每项分为“低风险”“不确定风险”和“高风险”3 种风险等级。

1.4 统计学方法

使用 EndNote X9.1 软件进行文献管理, 使用 RevMan 5.4 软件进行 Meta 分析。分为计数资料和计量资料, 均计算 95%CI。应用 χ^2 检验分析异质性, 若 $I^2 < 50\%$ 且 $P > 0.1$, 说明各研究间的同质性高、异质性低, 采用固定效应模型; 反之, 则采用随机效应模型。若纳入文献数>5 篇, 使用森林图分析结果的发表偏倚^[7]。敏感性分析: 使用逐一剔除文献法及更改合并效应量、效应模型等方法重新进行 Meta 分析, 将得出的结果与更改分析方法前比较。

2 结果

2.1 文献检索结果

检索获得相关文献 352 篇(中文文献 288 篇, 英文文献 64 篇), 经过多次筛选, 最终纳入 18 篇文献, 见图 1。

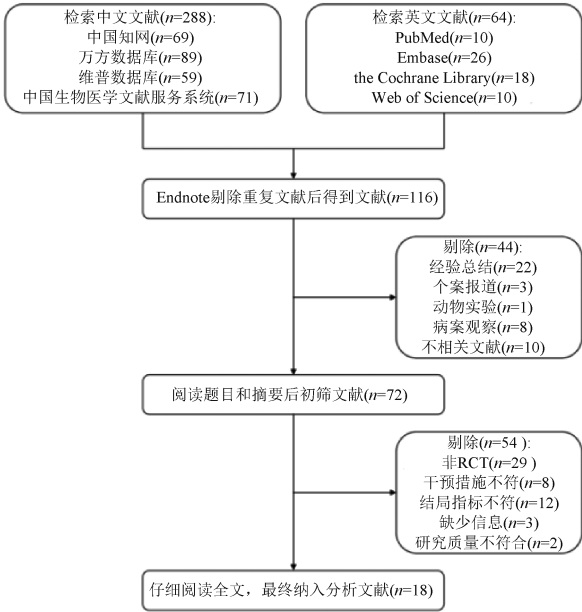


图 1 文献检索及纳入流程

Fig 1 Literature retrieval and inclusion process

2.2 纳入研究的基本特征

18 篇文献^[8-25]中,样本量为 50~432 例,合计 1 822 例,其中研究组 936 例(占 51.37%),对照组 886 例(占 48.63%)。纳入研究的组间基线资料具有可比性($P>0.05$)。纳入研究

的基本特征见表 1。

2.3 纳入研究的质量评价

纳入的 18 项研究均为 RCT,其中 15 项^[8-10,12-13,15-23,25]提及“随机”字样,判断为“低风险”,其余 3 项^[11,14,24]未见描述随

表 1 纳入研究的基本特征

文献	病例数		年龄/岁(范围、平均数, $\bar{x}\pm s$)		干预措施		干预时间/d	结局指标
	研究组	对照组	研究组	对照组	研究组	对照组		
严战涛等(2015 年) ^[8]	30	30	34~69	32~70	半夏白术天麻汤加味	盐酸氟桂利嗪胶囊、醋氯芬酸胶囊	30	①②⑥⑦
于妮妮(2007 年) ^[9]	60	56	46~78	45~76	半夏白术天麻汤加味	盐酸氟桂利嗪片、尼莫地平片	30	①②
姜江(1999 年) ^[10]	35	35	45~68	43~68	半夏白术天麻汤加味联合低分子右旋糖酐、复方丹参注射液	低分子右旋糖酐、复方丹参注射液	14	①②
崔嘉禄(2017 年) ^[11]	61	61	23~65	24~60	半夏白术天麻汤联合推拿	盐酸氟桂利嗪片+推拿	14	①②⑧
张丽(2005 年) ^[12]	65	45	56.2	54.2	半夏白术天麻汤	地芬尼多片	3~7	①②
张旭(2013 年) ^[13]	30	30	65.2	64.7	半夏白术天麻汤联合牵引、针灸、中药塌渍、推拿	牵引、针灸、中药塌渍、推拿	14	①②
张森发(2018 年) ^[14]	46	46	62.59±7.29	62.62±7.31	半夏白术天麻汤联合小针刀	小针刀	14	①②③④⑤
张瑞美(2020 年) ^[15]	35	35	63.35±6.43	63.46±6.51	半夏白术天麻汤联合小针刀	小针刀	14	①②③④⑤
李文彦(2010 年) ^[16]	32	32	62.56±7.27	60.36±8.25	半夏白术天麻汤加味	复方丹参注射液、盐酸氟桂利嗪片	14	①②③④⑤
林宏衡等(2018 年) ^[17]	40	40	32.50±6.1	33.10±5.50	半夏白术天麻汤化痰方	盐酸氟桂利嗪片	14	①②③④⑤
毕连涌等(2014 年) ^[18]	30	30	37~64	37~64	半夏白术天麻汤	盐酸氟桂利嗪片	28	①②
焦杨等(2007 年) ^[19]	45	45	47.70±10.30	46.40±11.60	半夏白术天麻汤加减联合针灸	针灸	7	①②
王常普(2015 年) ^[20]	38	38	30~66	29~64	半夏白术天麻汤加味联合牵引、按摩	牵引、按摩	10~50	①②
王庆滨等(2021 年) ^[21]	40	40	54.23±9.09	54.71±9.91	半夏白术天麻汤联合针灸	针灸	14	①②⑥⑦⑧
王彬等(2013 年) ^[22]	216	216	39.52±4.95	38.73±5.12	半夏白术天麻汤加味联合针灸	针灸	21	①②③④⑤
盛亚男等(2022 年) ^[23]	25	25	45.60±2.20	46.50±2.30	半夏白术天麻汤加减联合牵引	牵引	7	①②③④⑤
范大鹏等(2013 年) ^[24]	78	52	25~81	24~78	半夏白术天麻汤加减联合扩张椎动脉和降低交感神经兴奋性的药物	扩张椎动脉和降低交感神经兴奋性的药物	14	①②
陈腾等(2012 年) ^[25]	30	30	25~67	32~60	半夏白术天麻汤联合小针刀	小针刀	21	①②

注:①总有效率;②治愈率;③左椎动脉血流速度;④右椎动脉血流速度;⑤基底动脉血流速度;⑥眩晕症状评分;⑦头痛症状评分;⑧不良反应。
Note:①total effective rate; ②cure rate; ③left vertebral artery blood flow velocity; ④right vertebral artery blood flow velocity; ⑤basilar artery blood flow velocity; ⑥vertigo symptom score; ⑦headache symptom score; ⑧adverse drug reactions.

机方法,被判断为“高风险”。所有研究均未提及分配隐藏、盲法实施,均报告了完整性高的研究结局,均未报告退出或失访情况。其中,5 项研究^[9-10,12,14,18]可能存在统计学问题或数据质量一般问题,判断为“高风险”。其他偏倚方面,所有研究均未提及,故存在偏倚风险的可能性。纳入研究的偏倚风险评价见图 2。

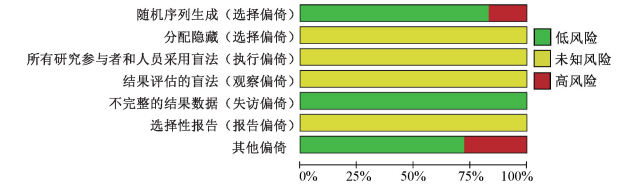


图 2 纳入研究的偏倚风险评价

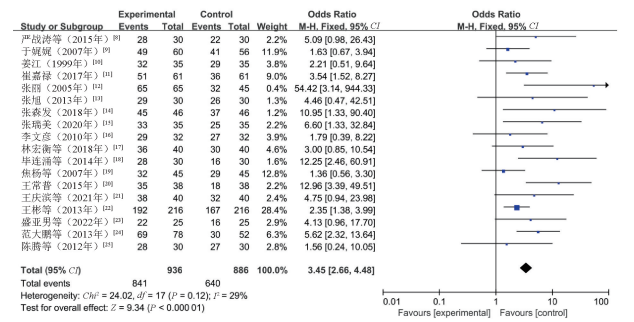


图 3 纳入研究的总有效率的 Meta 分析
Fig 3 Meta-analysis on total effective rate of included literature

Fig 2 Risk of bias assessment for included literature

2.4 Meta 分析结果

2.4.1 总有效率:18 篇文献^[8-25]均报告了总有效率。异质性分析结果显示, $I^2=29\%$, $P=0.12$,各研究间无明显异质性,采用固定效应模型。Meta 分析结果显示,研究组患者的总有效率高于对照组,差异有统计学意义($OR=3.45$, $95\%CI=2.66\sim4.48$, $Z=9.34$, $P<0.000\ 01$),见图 3。
2.4.2 治愈率:18 篇文献^[8-25]均报告了治愈率。异质性分析

结果显示, $I^2=1\%$, $P=0.44$,各研究间无明显异质性,采用固定效应模型。Meta 分析结果显示,研究组患者的治愈率高于对照组,差异有统计学意义($OR=2.24$, $95\%CI=1.83\sim2.73$, $Z=7.92$, $P<0.000\ 01$),见图 4。
2.4.3 椎-基底动脉血流速度:6 篇文献^[14-17,22-23]进行了椎-基底动脉血流速度变化方面的比较,分为左椎动脉血流速度、右椎动脉血流速度和基底动脉血流速度 3 个亚组,研究组均为 394 例患者,对照组均为 394 例患者。异质性分析结果显示,3 个亚组中,各研究间均具有异质性(左椎动脉血流速度: $I^2=$

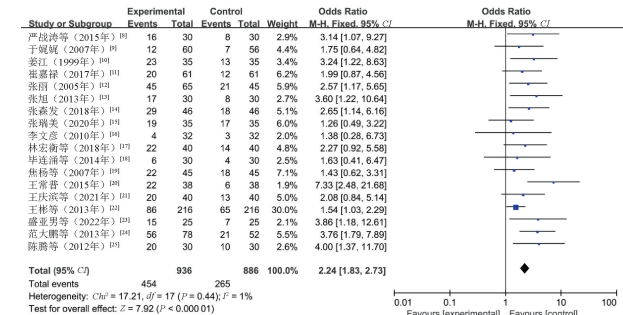


图 4 纳入研究的治愈率的 Meta 分析

Fig 4 Meta-analysis on cure rate of included literature

88%, $P < 0.000\ 01$; 右椎动脉血流速度: $I^2 = 89\%$, $P < 0.000\ 01$; 基底动脉血流速度: $I^2 = 80\%$, $P = 0.000\ 1$), 采用随机效应模型。Meta 分析结果显示, 与对照组相比, 研究组在加快椎-基底动脉血流速度、促进血液循环方面具有优势, 差异有统计学意义(左椎动脉血流速度: $SMD = 0.95$, $95\% CI = 0.46 \sim 1.45$, $Z = 3.76$, $P = 0.000\ 2$; 右椎动脉血流速度: $SMD = 0.96$, $95\% CI = 0.45 \sim 1.47$, $Z = 3.68$, $P = 0.000\ 2$; 基底动脉血流速度: $SMD = 0.95$, $95\% CI = 0.57 \sim 1.33$, $Z = 4.85$, $P < 0.000\ 01$), 见图 5。

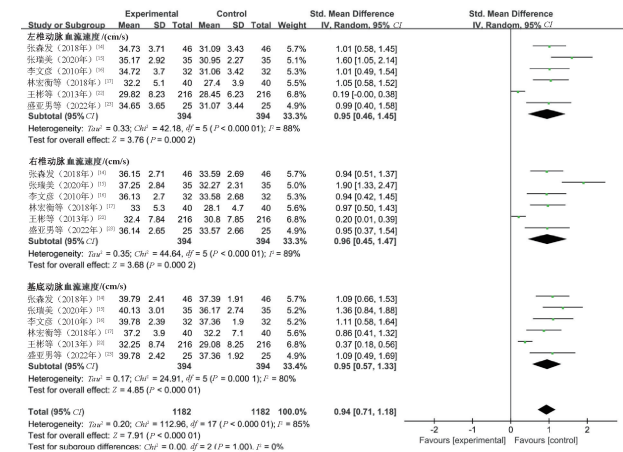


图 5 纳入研究的椎-基底动脉血流速度的 Meta 分析

Fig 5 Meta-analysis on vertebral-basilar artery blood flow velocity of included literature

2.4.4 眩晕症状评分: 2 篇文献^[8,21]进行了眩晕症状评分方面的比较, 研究组与对照组各 70 例患者。异质性分析结果显示, $I^2 = 0\%$, $P = 0.79$, 各研究间无明显异质性, 采用固定效应模型。Meta 分析结果显示, 与对照组相比, 研究组方案在减轻眩晕症状、降低眩晕症状评分方面具有优势, 差异有统计学意义($SMD = 2.03$, $95\% CI = 1.62 \sim 2.45$, $Z = 9.67$, $P < 0.000\ 01$), 见图 6。但因眩晕症状评分纳入的文献数量较少, 可能存在潜在的发表偏倚。

2.4.5 头痛症状评分: 2 篇文献^[8,21]进行了头痛症状评分方面的比较, 研究组与对照组各 70 例患者。异质性发现结果显示, $I^2 = 89\%$, $P = 0.002$, 各研究间具有异质性, 采用随机效应模型。Meta 分析结果显示, 与对照组相比, 研究组方案在减轻头

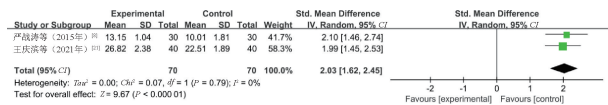


图 6 纳入研究的眩晕症状评分的 Meta 分析

Fig 6 Meta-analysis on vertigo symptom score of included literature

痛症状、降低头痛症状评分方面具有优势, 差异有统计学意义($SMD = 1.36$, $95\% CI = 0.22 \sim 2.50$, $Z = 2.33$, $P = 0.02$), 见图 7。但因头痛症状评分纳入的文献数量较少, 可能存在潜在的发表偏倚。

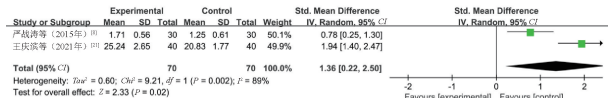


图 7 纳入研究的头痛症状评分的 Meta 分析

Fig 7 Meta-analysis on headache symptom score of included literature

2.4.6 不良反应: 仅 3 篇文献^[8,11,21]报告了不良反应, 考虑到不良反应类型及程度均存在明显差异, 故未进行 Meta 分析, 仅描述性分析。1 篇文献^[8]报告, 极少数患者服用半夏白术天麻汤后出现轻度腹泻、腹胀现象, 未处理即可自行消失。1 篇文献^[11]报告, 2 例患者出现眩晕症状为推拿后加重, 1 例出现胃脘灼烧感为口服盐酸氟桂利嗪片导致, 均与服用半夏白术天麻汤无关。1 篇文献^[21]报告, 研究组发生腹痛 1 例、晕针 1 例, 对照组发生腹痛 3 例、腹泻 2 例、晕针 3 例, 研究组患者不良反应发生率低于对照组, 推测不良反应为针灸所致。综上, 研究组、对照组的不良反应发生率均较低, 提示安全性均较好。

2.5 发表偏倚分析

总有效率、治愈率和椎-基底动脉血流速度的漏斗图显示, 纳入的文献分布于中间线两侧, 呈现不完全对称, 提示可能存在潜在的偏倚, 见图 8—10。

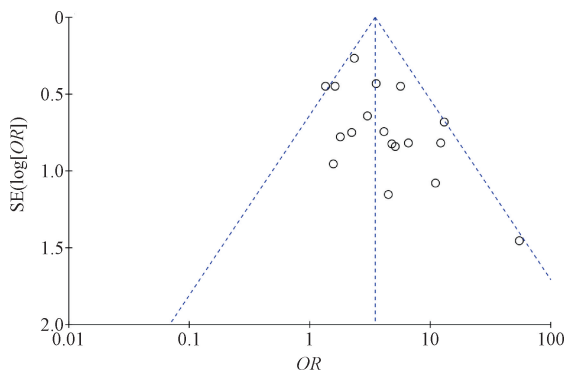


图 8 总有效率的漏斗图

Fig 8 Funnel plot of total effective rate

2.6 敏感性分析

敏感性分析结果显示, 总有效率、治愈率、椎-基底动脉血流速度、头痛症状评分的 I^2 、合并效应量和统计学意义等指标

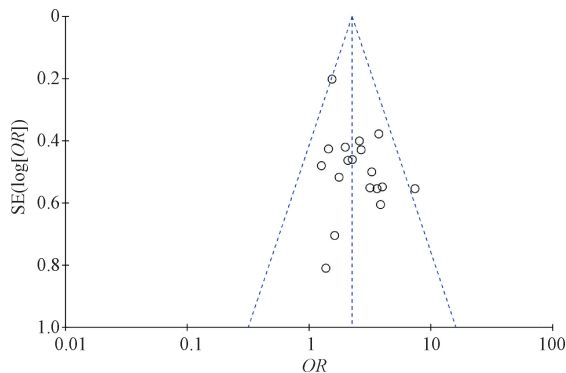


图9 治愈率的漏斗图

Fig 9 Funnel plot of cure rate

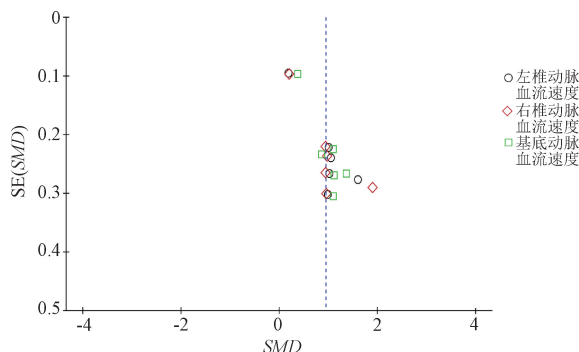


图10 椎-基底动脉血流速度的漏斗图

Fig 10 Funnel plot of vertebral-basilar artery blood flow velocity

未发生明显改变,敏感性较低,分析结果比较稳定可靠。但眩晕症状评分在更改合并效应量后, I^2 改变明显,提示结果敏感性较高,不同的研究在获取眩晕症状评分的过程中可能存在偏倚因素。

3 讨论

西医认为,CSA 多由颈部劳损、不良姿势、运动或职业活动习惯、焦虑、抑郁等原因引起^[26]。随着年龄的增长和长期慢性劳损,颈椎容易发生生理曲度改变及钩椎关节增生等退行性变化^[27]。CSA 与交感神经密切相关,颈交感神经受到各种原因刺激后,引起椎动脉收缩、痉挛^[28];加之椎动脉硬化、狭窄等血管病变存在时,血流的阻力增大,导致脑血流量减少,造成眩晕、恶心呕吐、头痛、耳鸣、眼花,甚至昏厥、猝倒等一系列症状^[29]。

中医认为,CSA 属于“眩晕”“头痛”“项痹”和“项强”等范畴。《丹溪心法·头眩》中记载,“无痰则不作眩”。脾主运化,当脾胃虚弱,脾湿痰生,湿痰内阻,则清阳不升,浊阴不降,清窍失养则导致眩晕。半夏白术天麻汤方中,半夏为治痰要药,和胃燥湿而化痰,天麻为治风要药,平肝熄风而止晕,两者共为君药;茯苓淡渗利湿,白术健脾燥湿、益气利水,两者共为臣药;佐以橘红理气化痰;使以甘草调和诸药。诸药合用,具有平肝熄风、燥湿化痰、降逆止呕的功效,同时可根据不同患者的症状、体质临证加减用药。现代研究结果表明,半夏可以通过抑制呕

吐中枢并激活迷走神经传出活动起到镇吐作用^[30];白术具有改善免疫细胞机能的作用^[30];天麻可增强血管的循环功能,明显降低血管的阻力,促进血流量的增加^[31],并具有镇痛、镇静作用^[32];茯苓可以有效抑制大鼠佐剂性关节炎以及继发性炎症^[33]。半夏白术天麻汤中的多数药物具有改善脑循环、缓解痉挛、扩张脑血管、降低血液黏稠度等功效,可显著提高 CSA 的临床疗效。

研究结果表明,半夏白术天麻汤加减单独使用治疗 CSA,疗效优于常规西药疗法(盐酸氟桂利嗪胶囊、盐酸氟桂利嗪片、醋氯芬酸胶囊、尼莫地平片、复方丹参注射液、地芬尼多片等)^[8-9,12,16-18];半夏白术天麻汤加减结合其他疗法(针灸、小针刀、推拿、按摩、牵引、中药塌渍、复方丹参注射液、低分子右旋糖酐、盐酸氟桂利嗪片、扩张椎动脉和降低交感神经兴奋性的药物)治疗 CSA,疗效优于其他疗法单独使用^[10-11,13-15,19-25]。本次 Meta 分析结果显示,研究组患者的总有效率、治愈率高于对照组,椎-基底动脉血流速度、眩晕症状评分和头痛症状评分的改善效果均高于对照组,所有森林图中菱形落于垂直线右侧,且不与垂直线相交,表明观察组与对照组的差异均具有统计学意义。在安全性方面,仅 3 篇^[8,11,21]文献报告了不良反应,经过对症治疗均好转,或不良反应由其他治疗方法引起,与半夏白术天麻汤无关,且研究组及对照组患者的不良反应发生率均较低,说明两组方案的安全性均较好。敏感性分析发现,所纳入的文献敏感性较低,分析结果比较稳定可靠。综上所述,临床上治疗 CSA,可考虑半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用,其总体疗效较好,且具有一定程度的可靠性。

本研究存在以下局限性:(1)文献质量一般,存在未描述隐藏、盲法实施等问题;(2)文献存在样本量较小的问题,缺乏英文文献;(3)多数文献缺乏纳入标准或诊断标准描述;(4)多数文献以有效率为唯一结局指标,评价指标较陈旧;(5)多数文献未提及不良反应、脱落和随访,影响文献质量。

总之,半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用治疗 CSA,在有效性和症状功能改善方面效果较好。鉴于本研究存在的局限性,建议临床运用循证思想,注重方法学质量,多开展高质量、大样本、重视随访的 RCT 研究,以便于客观评价半夏白术天麻汤加减单独使用或与其他疗法联合应用治疗 CSA 的临床疗效,为临床提供循证依据。

参考文献

- [1] 顾韬,袁文,王新伟.对颈性眩晕的认识和诊治现状[J].脊柱外科杂志,2006,4(6):381-384.
- [2] 吴毅文.颈椎病病因、分型、诊断与治疗[J].中国运动医学杂志,1999,18(2):157-158.
- [3] 中华外科杂志编辑部.颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J].中华外科杂志,2018,56(6):401-402.
- [4] 李增春,陈德玉,吴德升,等.第三届全国颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,2008,46(23):1796-1799.
- [5] HIGGINS J P T, THOMAS J, CHANDLER J, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [M]. 2nd ed.

Chichester: Wiley-Blackwell, 2019: 349-374.

[6] 窦丹, 贾元萍, 姚传辉, 等. 疏风解毒胶囊治疗慢性支气管炎急性发作的系统评价[J]. 海南医学院学报, 2022, 28(6): 463-470.

[7] 李吉旭, 张林, 李财, 等. 半夏白术天麻汤治疗 H 型高血压 Meta 分析[J]. 陕西中医, 2022, 43(8): 1122-1127.

[8] 严战涛, 陈轶腾, 姚玉伟, 等. 半夏白术天麻汤加减治疗椎动脉型颈椎病临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(5): 157-158.

[9] 于妮妮. 半夏白术天麻汤加味治疗椎-基底动脉缺血性眩晕 60 例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(2): 63.

[10] 姜江. 半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病[J]. 中医药研究, 1999, 15(2): 10-11.

[11] 崔嘉禄. 推拿联合半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病[J]. 光明中医, 2017, 32(8): 1081-1082.

[12] 张丽. 加味半夏白术天麻汤治疗颈型眩晕临床观察[J]. 山东中医药大学学报, 2005, 29(5): 364-365.

[13] 张旭. 半夏白术天麻汤合丹参饮加减治疗椎动脉型颈椎病 30 例[J]. 河南中医, 2013, 33(11): 1971-1972.

[14] 张森发. 小针刀疗法结合半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病临床效果[J]. 中国实用医药, 2018, 13(10): 131-132.

[15] 张瑞美. 小针刀疗法合半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病观察[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(2): 76-77.

[16] 李文彦. 半夏白术天麻汤加味治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(18): 43, 2.

[17] 林宏衡, 方坚. 半夏白术天麻汤治疗中青年椎动脉型颈椎病痰热内扰证临床观察[J]. 新中医, 2018, 50(6): 109-111.

[18] 毕连涌, 曲弋, 陈红, 等. 半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(S2): 39.

[19] 焦杨, 李家康. 针药并用治疗椎动脉型颈椎病的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(10): 56-57.

[20] 王常普. 半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病眩晕[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(2): 231-232.

[21] 王庆滨, 蒙昌荣, 陈志怀, 等. 半夏白术天麻汤配合针灸治疗痰浊中阻型颈性眩晕临床观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16(18): 167-169.

[22] 王彬, 梁美光. 加味半夏白术天麻汤配合针灸治疗痰瘀阻络型颈性眩晕 216 例[J]. 福建中医药, 2013, 44(6): 6-7.

[23] 盛亚男, 黄秋贤, 李迎玮. 半夏白术天麻汤加减配合电针在痰浊中阻型椎动脉型颈椎病患者中的应用研究[J]. 智慧健康, 2022, 8(22): 152-155.

[24] 范大鹏, 孙波. 半夏白术天麻汤加减治疗椎动脉型颈椎病 78 例[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(2): 64.

[25] 陈腾, 姚新苗. 小针刀疗法结合半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(4): 682-683.

[26] 王拥军, 万超. 颈椎病因病机的再认识[J]. 上海中医药大学学报, 1999, 13(1): 40-42.

[27] OLSZEWSKI J, MAJAK J, PIETKIEWICZ P, et al. The association between positional vertebral and basilar artery flow lesion and prevalence of vertigo in patients with cervical spondylosis [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 134(4): 680-684.

[28] CEVIK R, BILICI A, NAS K, et al. Non-invasive evaluation of vertebral artery blood flow in cervical spondylosis with and without vertigo and association with degenerative changes [J]. Clin Rheumatol, 2010, 29(5): 541-546.

[29] YAHIA A, GHROUBI S, JRIBI S, et al. Chronic neck pain and vertigo: is a true balance disorder present? [J]. Ann Phys Rehabil Med, 2009, 52(7/8): 556-567.

[30] 闫梦晗, 李晓, 姜月华. 半夏白术天麻汤的临床应用及药理研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(14): 2265-2268.

[31] 岑信钊. 天麻的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中药材, 2005, 28(10): 958-962.

[32] 唐庆, 马晓芳, 赵桂香, 等. 天麻钩藤降压胶囊降压及镇静作用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(17): 241-243.

[33] 赵桂芝, 徐攀, 浦锦宝, 等. 白术醇提物对佐剂性关节炎大鼠足跖肿胀度和炎性细胞因子的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(1): 32-37.

(收稿日期:2023-02-15 修回日期:2023-04-10)

(上接第 1477 页)

[23] 苟刚, 王燕, 汪丽君. 体外冲击波碎石术联合复方金钱草颗粒治疗输尿管结石疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2014, 5(3): 115-116.

[24] 湛珩. 体外冲击波碎石术联合复方金钱草颗粒治疗泌尿结石的疗效观察[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2016, 30(4): 336-337.

[25] 陈昆, 韩前河, 张楠, 等. 复方金钱草颗粒对体外冲击波碎石术后输尿管结石疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(12): 1668-1669.

[26] 朱陈辉, 黄海文, 高绍青, 等. 体外冲击波联合复方金钱草颗粒、哈乐在治疗经皮肾镜碎石术后残石的临床疗效分析[J]. 中国医药科学, 2019, 9(2): 226-230.

[27] 汪静娜. 复方金钱草颗粒防治留置双 J 管患者结石形成临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(11): 96-98.

[28] 何丽萍. 复方金钱草颗粒促进输尿管镜下钬激光碎石术后患者结石排出疗效观察[J]. 新中医, 2016, 48(9): 206-207.

[29] 程佳琪. 输尿管镜术后双 J 管结石形成的防治及护理[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2019, 35(4): 34-35, 37.

[30] 唐鹏, 沈利杨, 王尔平, 等. 盐酸坦洛新缓释片联合复方金钱草颗粒治疗输尿管双 J 管留置术后相关症状的效果观察[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(3): 522-524.

[31] 曾筱江. 盐酸坦洛新缓释片联合复方金钱草颗粒对输尿管双 J 管留置术后 IPSS 及 OABSS 评分的影响[J]. 药品评价, 2017, 14(24): 51-54.

[32] 袁生泉, 袁丽珍. 复方金钱草联合弹道碎石治疗输尿管结石的临床疗效及并发症效果观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(3): 94-95.

[33] 付现敏. 输尿管支架管在泌尿外科中的临床使用价值[J]. 中国医药指南, 2019, 17(13): 3-4.

(收稿日期:2023-05-16 修回日期:2023-07-02)