

强力定眩片联合西药治疗眩晕疗效及安全性 Meta 分析

张 硕 熊兴江 段锦龙 王擎擎 李彩英 姚魁武
(中国中医科学院广安门医院心血管科, 北京 100053)

【摘要】目的 系统评价强力定眩片治疗眩晕的疗效和安全性。**方法** 从中国知网、万方数据知识服务平台、维普数据库、中国生物文献数据库、Cochrane Library、Embase、Medline、Springerlink、Web of Science 以及中国临床试验注册系统、美国临床试验注册系统中检索从建库到 2020 年 11 月 4 日有关强力定眩片治疗眩晕的中英文文献, 在 Note Express 中对纳入文献进行筛选和资料提取, 使用 Cochrane 协作工具评估偏倚风险, 并使用 Rev Man 5.3 进行疗效和安全性评价。**结果** 最终纳入 27 篇文献, 涉及 2 766 例眩晕患者。Meta 分析结果显示, 强力定眩片联合与对照组一致西药、强力定眩片联合对照组部分西药治疗眩晕的临床疗效分别是单独使用西药的 1.22 倍 [$RR=1.22$, 95% CI (1.17, 1.26), $P<0.01$]; 1.35 倍 [$RR=1.35$, 95% CI (1.23, 1.47), $P<0.01$]。强力定眩片联合西药能降低治疗的不良反应 [$RR=0.33$, 95% CI (0.12, 0.89), $P<0.01$], 且能改善患者眩晕、头痛症状, 增加脑血流量、降低血压。**结论** 强力定眩片联合西药能够明显改善患者眩晕症状, 具有显著的临床疗效, 安全性良好, 但还需要更多的高质量研究支持该结论。

【关键词】 强力定眩片; 眩晕; Meta 分析

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2022.04.028

眩晕是因机体对空间定位障碍而产生的一种动性或位置性错觉, 是一种方向感障碍或身体的空间知觉紊乱。每年有 15%~35% 的成年人出现眩晕, 其患病率随着年龄的增长而上升, 女性的患病率是男性的 2~3 倍^[1]。长期处于眩晕状态不仅影响患者的生活质量, 还可能产生多种并发症^[2-4], 易伴有焦虑和抑郁状态^[5]。临床一般采用病因治疗、对症治疗、手术治疗和康复训练, 常用的药物包括抗眩晕药、抗炎药、抗梅尼埃药、抗偏头痛药、抗抑郁药等^[6], 虽然能在一定程度上改善患者临床症状, 但药物不良反应较多, 且极易出现依赖性^[7]。因此临床上特别需要选择应用更加安全有效的治疗药物。

中医治疗眩晕具有独特的优势。强力定眩片作为一种现代中药制剂, 由天麻、野菊花、川芎、杜仲和杜仲叶精制而成, 广泛用于治疗高血压、动脉硬化、高血脂及上述诸病引起的眩晕、头痛、耳鸣、失眠等症, 是临床治疗眩晕使用较多的中

成药。目前临床报道强力定眩片治疗眩晕研究因样本量大小、用法用量、结局指标不同及缺乏统一评价标准, 导致研究结论不一致, 因此, 本研究通过 Meta 分析评价强力定眩片治疗眩晕的疗效与安全性, 为临床应用提供数据支撑。

1 资料

1.1 文献检索

从各电子文献数据库检索采用强力定眩片治疗眩晕的随机对照试验。检索中国知网、万方数据知识服务平台、维普数据库、中国生物文献数据库、Cochrane Library、Embase、Medline、Springerlink、Web of Science 以及中国临床试验注册系统、美国临床试验注册系统 (ClinicalTrials.gov); 检索时间为建库至 2020 年 11 月 4 日, 对出版物的语言和地域无限制。中文以“眩晕”“头晕”“强力定眩片”为检索词, 根据各数据库特点采用主题/摘要/全文的检索方式; 英文以“vertigo”OR “dizziness” OR “giddiness” OR “blackout”、

基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (81873173); 国家重点研发计划重点专项 (2019YFC1708703)

作者简介: 张硕, 女, 23 岁, 硕士研究生。研究方向: 中西医结合治疗心血管疾病。

通信作者: 姚魁武, E-mail: yaokuiwu@126.com

引用格式: 张硕, 熊兴江, 段锦龙, 等. 强力定眩片联合西药治疗眩晕疗效及安全性 Meta 分析[J]. 北京中医药, 2022, 41(4): 456-462.

“Qiang Li Ding Xuan tablet” OR “Qiangli Dingxuan tablet” OR “Qiangli dingxuan tablet”、“clinical trial” OR “randomized controlled trial” OR “randomised controlled trial” OR “lin chuang yan jiu” OR “lin chuang shi yan” 为检索词, 并对检索到已发表的强力定眩片治疗眩晕相关文献进行补充手工检索。本研究于 PROSPERO 平台注册, 注册号 CRD42020219793。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 研究类型: 纳入使用强力定眩片治疗眩晕的随机对照试验; 排除试验设计不随机, 未设置对照组, 试验设计不严谨或统计方法不适当, 测量结局指标的标准不确定, 无法获得有效分析数据的试验及动物实验、综述、会议论文、案例报告、经验交流等文献。

1.2.2 研究对象: 纳入不受年龄、性别和国籍限制的眩晕患者; 排除患有其他疾病、不良状态或妊娠者。

1.2.3 干预措施: 试验组的干预措施必须包括强力定眩片, 对照组采用其他疗法或安慰剂。

1.2.4 结局指标: 临床疗效、眩晕和头痛评分、血压(收缩压、舒张压)、脑血流量(右椎动脉、左椎动脉、基底动脉)及不良反应, 结局指标 ≥ 1 种。

2 方法

2.1 文献筛选与资料提取

由提前参与校准和规范化训练的 2 位研究者根据以上纳排标准, 独立阅读文献的标题和摘要, 筛选潜在的合格试验, 意见不一致时, 通过讨论统一意见, 或交由第三方评价, 筛选过程在 Note Express 3.2.0 中进行。资料提取表主要包括: 研究的基本情况(作者姓名、研究题目、出版年份、国家/地区、出版状况)、研究特征(样本量、病例来源、年龄、诊断标准、纳入标准和排除标准)、干预和控制措施(剂型、剂量和持续时间)、文献质量评价指标(随机方案生成、隐藏分配、盲法、结果数据不完整、选择性报告、其他偏差、失访)、结局指标的测量数据。

2.2 纳入文献质量评价

采用 Cochrane 协作工具^[8] 对研究的方法学质量进行独立评估。方法学质量依据文献对随机序列生成、分配隐藏、盲法、不完整结果数据、选择性报告、其他偏倚 7 个方面进行评估。每个项目

的质量评价结果可分为“低风险”“高风险”“不明确”3 个等级。每个试验的设计越严格, 方法质量越高, 风险系数越低。如果意见不一致, 则通过讨论统一意见, 或交由第三方评价。

2.3 统计学方法

采用 Revman 5.3 进行数据统计分析, 并绘制各项结局指标的森林图。首先对单个研究的结果进行描述。二分类变量用相对危险度(RR)和 95% 置信区间(CI)来描述; 连续性变量用均数差(MD)和 95% CI 来描述。根据 I^2 检验结果确定异质性, 当 $I^2 < 50\%$ 表明各研究间的异质性低, 采用固定效应模型; 当 $I^2 > 50\%$ 时, 采用随机效应模型^[9]。根据试验组是否结合化学药物及对照组治疗方法的不同进行亚组分析。当 Meta 分析中结局指标各个亚组所纳入的试验数量超过 10 项时, 使用倒漏斗图来确定是否存在发表偏倚。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 文献筛选流程及结果

基于上述检索策略, 从 11 个电子数据库中检索到 288 篇潜在相关的文献, 删除 180 个重复项后初步筛选出 108 篇文献, 阅读标题和摘要后剔除 71 篇, 阅读全文后再剔除 10 篇, 最终纳入 27 篇文献, 所有纳入的文献均已全文发表。

3.2 纳入文献的基本特征

纳入 27 项文献^[10-36], 共分析了 2 766 例眩晕患者, 样本量 60~284 例, 疗程 1 周~3 个月。除 1 篇文献^[33] 单纯采用强力定眩片对照西药; 其余 5 篇文献^[17, 24, 28, 29, 36] 采用强力定眩片联合对照组部分西药、21 篇文献^[10-16, 18-23, 25-27, 30-32, 34-35] 采用强力定眩片联合对照组一致西药治疗。有 25 篇文献^[10-12, 14-24, 26-36] 报道了临床疗效, 7 篇文献^[11-12, 14, 19, 23-24, 36] 报告了眩晕评分; 4 篇文献^[11, 19, 23, 32] 报告了头痛评分; 10 篇文献^[13-14, 17-18, 22-26, 36] 报告了血压; 6 篇文献^[11-12, 16, 19, 28-29] 报告了脑血流; 6 篇文献^[14, 22-24, 32, 36] 报告了不良反应。见表 1。

3.3 纳入文献质量评价

采用 Cochrane 干预系统评价手册^[7] 中的标准评估研究的偏倚风险。所有纳入的文献均采用了随机化, 但有 19 篇文献没有报告随机序列的生成方式, 有 8 篇文献^[12, 14-15, 17, 20, 24, 29, 32] 使用随机数表法, 其偏倚指标为低风险。所有纳入文献中仅 1 篇报告了双盲^[22], 所有文献均未报告分配隐藏。27

表 1 强力定眩片治疗眩晕所纳入研究的基本特征

样本量 (T/C)	入组时间	疗程	干预措施		结局指标	文献 出处
			T	C		
31/31	2015 年 11 月—2019 年 4 月	1 周	强力定眩片+C	甲磺酸倍他汀片	①	[10]
60/60	2017 年 3 月—2019 年 12 月	2 周	强力定眩片+C	氟桂利嗪	①②③⑤	[11]
40/40	2015 年 9 月—2017 年 8 月	20 d	强力定眩片+C	氟桂利嗪	①②⑤	[12]
39/39	2014 年 9 月—2016 年 12 月	6 周	强力定眩片+C	拉西地平	④	[13]
53/53	2014 年 3 月—2016 年 3 月	3 个月	强力定眩片+C	缬沙坦	①④⑥	[14]
46/46	2016 年 5 月—2018 年 5 月	1 周	强力定眩片+C	甲磺酸倍他汀片	①②	[15]
47/47	2017 年 8 月—2018 年 7 月	2 周	强力定眩片+C	甲磺酸倍他汀片	①⑤	[16]
91/91	2018 年 5 月—2018 年 10 月	1 个月	强力定眩片+硝苯地平	氟桂利嗪+硝苯地平	①④	[17]
45/45	2017 年 9 月—2018 年 8 月	3 个月	强力定眩片+C	氨氯地平	①④	[18]
29/30	2015 年 1 月—2016 年 12 月	2 周	强力定眩片+C	氟桂利嗪	①②③⑤	[19]
40/40	2014 年 1 月—2018 年 10 月	6 周	强力定眩片+C	拉西地平	①	[20]
32/32	2014 年 1 月—2016 年 6 月	20 天	强力定眩片+C	氟桂利嗪	①	[21]
91/90	2014 年 1 月—2017 年 5 月	1 个月	强力定眩片+C	氨氯地平	①④⑥	[22]
63/63	2015 年 3 月—2017 年 5 月	3 个月	强力定眩片+C	硝苯地平	①②③④⑥	[23]
35/35	2016 年 6 月—2016 年 10 月	1 个月	强力定眩片+硝苯地平	氟桂利嗪+硝苯地平	①②④⑥	[24]
100/100	2015 年 4 月—2016 年 4 月	未报道	强力定眩片+C	常规治疗	④	[25]
50/50	2014 年 10 月—2015 年 6 月	3 个月	强力定眩片+C	依那普利+叶酸	①④	[26]
40/40	2012 年 5 月—2015 年 6 月	1 周	强力定眩片+C	甲磺酸倍他汀片	①	[27]
40/40	2014 年 6 月—2015 年 6 月	2 周	强力定眩片+法舒地尔注射液	氟桂利嗪+法舒地尔注射液	①⑤	[28]
40/40	2013 年 6 月—2014 年 6 月	2 周	强力定眩片+盐酸丁咯地尔	氟桂利嗪+盐酸丁咯地尔	①⑤	[29]
40/40	2012 年 11 月—2013 年 11 月	1 个月	强力定眩片+C	氟桂利嗪	①	[30]
38/38	2011 年 6 月—2012 年 6 月	2 周	强力定眩片+C	马来酸桂哌齐特注射液	①	[31]
48/48	2010 年 5 月—2012 年 10 月	3 个月	强力定眩片+C	硝苯地平	①②③④⑥	[32]
42/42	2010 年 4 月—2012 年 4 月	3 周	强力定眩片	氟桂利嗪	①	[33]
142/142	未报道	2 个月	强力定眩片+C	厄贝沙坦+氢氯噻嗪	①	[34]
62/61	未报道	3 周	强力定眩片+C	氟桂利嗪	①	[35]
30/30	未报道	2 周	强力定眩片+尼莫地平	氟桂利嗪+尼莫地平	①⑥	[36]

①临床疗效；②眩晕积分；③头痛积分；④血压；⑤脑血流量；⑥不良反应

篇文献均未报告有样本脱落的情况，未发现有研究选择性报告结局。所有文献均未报告样本量估算依据，但组间基线可比，受试对象纳入标准、排除标准合理，资金支持未见明显的利益相关冲突。因此，27 篇文献的其他偏倚风险均为低风险。见图 1。

所有纳入文献在结局指标、不完整数据报告、选择性报道及其他偏倚风险中均为低风险，随机序列生成方法中约 29.6% 为低风险，盲法中约 3.7% 为低风险，而在分配隐藏部分所有文献的风险偏倚均不确定。见图 2。

本研究仅强力定眩片联合西药对照西药亚组临床疗效部分满足绘制漏斗图要求，纳入试验中无明显的发表偏倚。见图 3。

3.4 Meta 分析结果

3.4.1 强力定眩片联合与对照组一致西药：(1) 临床疗效：19 篇文献^[10-12, 14-16, 18-23, 26-27, 30-32, 34-35]采用强力定眩片联合与对照组一致西药治疗眩晕，结果显示，强力定眩片联合西药治疗眩晕能够提高临床疗效 $[RR=1.22, 95\%CI (1.17, 1.26), P<0.01]$ 。见图 4。

(2) 眩晕和头痛积分：6 篇文献^[11-12, 15, 19, 23, 32]运用症状量化表评估了患者治疗前后眩晕情况，结果显示，强力定眩片联合西药能够明显改善眩晕 $[MD=-0.73, 95\%CI (-0.83, -0.63), P<0.01]$ ；4 篇文献^[11, 19, 23, 32]评估了患者治疗前后头痛情况，结果显示，强力定眩片联合西药能够明显改善头痛 $[MD=-0.36, 95\%CI (-0.60, -0.12), P<0.01]$ 。见图 5、图 6。

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
刘克卿 2013	+	?	?	?	+	+	+
吴丽坪 2019	?	?	?	?	+	+	+
常维芳 2011	?	?	?	?	+	+	+
廖传明等 2016	?	?	?	?	+	+	+
张红丽 2017	?	?	?	?	+	+	+
彭劲萍 2020	?	?	?	?	+	+	+
彭龙龙等 2016	?	?	?	?	+	+	+
曹和郭 2018	?	?	?	?	+	+	+
李军等 2019	+	?	?	?	+	+	+
李和刘 2014	?	?	?	?	+	+	+
李志广等 2019	+	?	?	?	+	+	+
李海华等 2018	?	?	?	?	+	+	+
杨东锋等 2020	?	?	?	?	+	+	+
杨小珍 2015	+	?	?	?	+	+	+
熊红菊 2018	?	?	?	?	+	+	+
王禹等 2019	+	?	?	?	+	+	+
穆素会 2019	?	?	?	?	+	+	+
翟照永等 2011	?	?	?	?	+	+	+
赵淑艳 2018	+	?	?	?	+	+	+
郑和常 2017	?	?	?	?	+	+	+
郑和高 2014	?	?	?	?	+	+	+
郭琳 2013	?	?	?	?	+	+	+
郭红玲 2018	?	?	?	?	+	+	+
陈和邱 2018	+	?	?	?	+	+	+
陈杰等 2019	+	?	?	?	+	+	+
陈秋俊 2012	?	?	?	?	+	+	+
黄陈敏等 2019	?	?	?	?	+	+	+

图1 纳入文献方法学质量评估

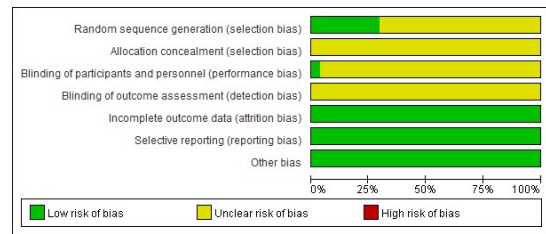


图2 所有纳入的文献中单项偏倚风险

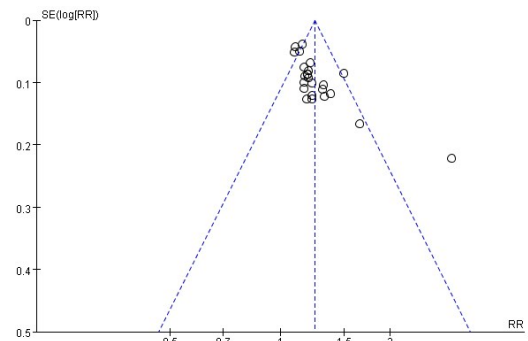
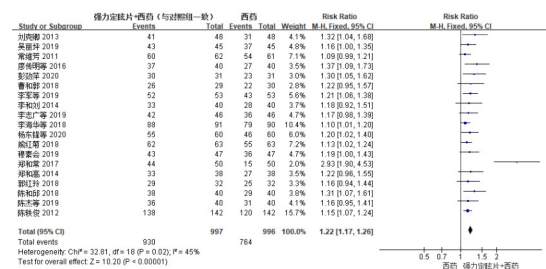
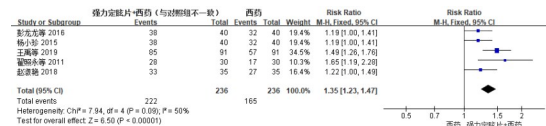


图3 强力定眩片联合西药对照西药亚组临床疗效



a 强力定眩片+对照组一致西药



b 强力定眩片+对照组部分西药

图4 强力定眩片对临床疗效影响森林图

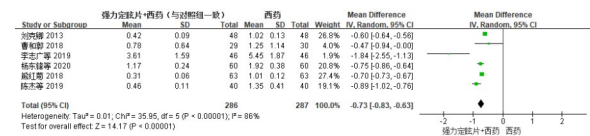


图5 强力定眩片联合对照组一致西药对眩晕积分影响

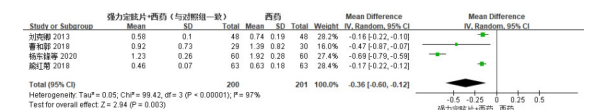
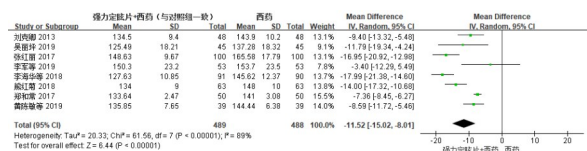


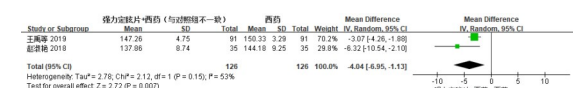
图6 强力定眩片联合对照组一致西药对头痛积分影响

(3) 血压：8 篇文献^[13-14, 18, 22-23, 25-26, 32]报道了治疗前后患者的血压情况，包括收缩压和舒张压，

结果提示,联合强力定眩片能够显著降低患者的收缩压 [$MD=-11.52$, $95\%CI (-15.02, -8.01)$, $P<0.01$] 和舒张压 [$MD=-9.18$, $95\%CI (-11.87, -6.50)$, $P<0.01$]。见图 7、图 8。

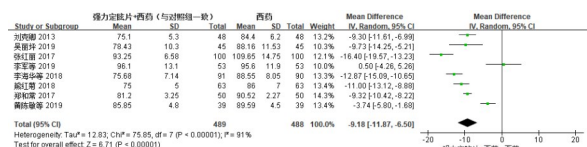


a 强力定眩片+对照组一致西药

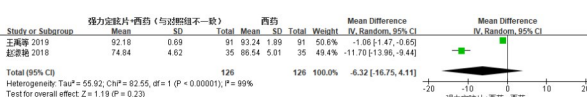


b 强力定眩片+对照组部分西药

图 7 强力定眩片对收缩压影响森林图



a 强力定眩片+对照组一致西药



b 强力定眩片+对照组部分西药

图 8 强力定眩片对舒张压影响森林图

(4) 脑血流量: 4 篇文献 [11-12, 16, 19] 报道了治疗前后患者的脑血流量数值, 结果显示, 强力定眩片联合西药能够增加患者右椎动脉血流量 [$MD=3.38$, $95\%CI (1.18, 5.58)$, $P<0.01$]; 左椎动脉血流量 [$MD=4.44$, $95\%CI (2.14, 6.74)$, $P<0.01$]; 基底动脉血流量 [$MD=7.60$, $95\%CI (5.83, 9.37)$, $P<0.01$]。

(5) 不良反应: 有 4 篇文献 [14, 22-23, 32] 报道了治疗中所出现的不良反应, 包括面部潮红、头痛、心悸、低血压、下肢水肿、牙龈肥厚、心电图 ST 段下移; 血尿常规、肝肾功能均未发生异常, 但结果显示, 2 组间差异无统计学意义 [$RR=0.84$, $95\%CI (0.36, 2.00)$, $P>0.05$]。

3.4.2 强力定眩片联合对照组部分西药: (1) 临床疗效: 5 篇文献 [17, 24, 28-29, 36] 采用强力定眩片联合对照组部分西药治疗眩晕, 结果显示, 强力定眩片疗效优于对照组 [$RR=1.35$, $95\%CI (1.23,$

$1.47)$, $P<0.01$]。见图 4。

(2) 眩晕积分: 1 篇文献 [24] 对患者治疗前后的眩晕积分进行了评估, 结果显示, 观察组治疗较对照组更能改善患者眩晕 [$MD=-0.71$, $95\%CI (-0.76, -0.66)$, $P<0.01$]。见图 5。

(3) 血压: 2 篇文献 [17, 24] 对患者治疗前后的血压进行了记录, 结果显示, 观察组治疗较对照组更能降低患者收缩压 [$MD=-4.04$, $95\%CI (-6.95, -1.13)$, $P<0.01$]; 但 2 组舒张压差异无统计学意义 [$MD=-6.32$, $95\%CI (-16.75, 4.11)$, $P>0.05$]。见图 7、图 8。

(4) 脑血流量: 2 篇文献 [28-29] 报道了治疗前后患者的脑血流量数值, 结果显示, 观察组治疗较对照组更能增加患者右椎动脉血流量 [$MD=6.40$, $95\%CI (4.29, 8.51)$, $P<0.01$]; 左椎动脉血流量 [$MD=7.80$, $95\%CI (6.05, 9.55)$, $P<0.01$]; 但 2 组基底动脉血流量差异无统计学意义 [$MD=2.99$, $95\%CI (-0.31, 6.29)$, $P>0.05$]。

(5) 不良反应: 有 2 篇文献 [24, 36] 报道了不良反应, 结果显示, 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 [$RR=0.33$, $95\%CI (0.12, 0.89)$, $P<0.05$]。

3.4.3 强力定眩片对照西药: 仅有 1 篇文献 [33] 采用单纯强力定眩片对照西药治疗, 结果表明, 2 组具有相似的临床疗效 [$RR=1.00$, $95\%CI (0.94, 1.07)$, $P>0.05$]。

4 讨论

本研究共纳入随机对照试验 27 项, 共 2 766 例眩晕患者, 其中联合与对照组一致西药文献 21 篇、7 518 例, 不一致文献 5 篇、472 例, 单纯应用强力定眩片文献 1 篇、84 例。Meta 分析结果显示, 采用强力定眩片联合西药治疗眩晕能够显著提高临床疗效, 仅使用强力定眩片治疗与使用西药的疗效相似。研究结果还表明强力定眩片联合西药不仅能够显著改善患者的眩晕和头痛症状, 还能明显增加脑血流量并降低血压。本研究纳入的文献中包含高血压、颈椎病、后循环缺血等多种因素引起的眩晕患者, 故结果表明强力定眩片能够治疗多种原因引起的眩晕, 临床可广泛应用于各类眩晕患者。该研究在许多方面都具有独特的优势, 包括其全面性、大规模检索、透明的方法学和结果的综合性。因此, 强力定眩片是治疗眩晕的有效物, 具有良好的临床疗效且无明显的不良反应。

眩晕多属本虚标实证, 中医治疗眩晕多以息风通络、补虚泻实、行气活血为主, 使气血阴阳恢复平衡, 眩晕得止^[37]。强力定眩片中组方药味符合中医治疗法则, 其中天麻息风定惊、疏经通络, 归肝经, 能够改善心肌供氧状况, 降低脑血管阻力, 增加脑血流量; 野菊花疏风清热、消肿解毒, 能够延缓细胞衰老、镇痛抗炎^[38]; 川芎活血行气、祛风止痛, 能作用于中枢神经、强心镇静并改善机体微循环; 杜仲调理气血、补益肝肾, 能扩张血管, 促进机体新陈代谢, 调节免疫系统^[39]。诸药合用, 共奏熄风补虚、益气活血之效。现代研究也表明其能够通过多种机制综合作用以起到定眩、降压、降脂的作用^[40-41], 为临床诊治提供了强有力的支撑。

在所检索到的文献中, 有关强力定眩片治疗眩晕的临床试验设计不够严谨和规范, 故总体在方法学质量中存在一定的偏倚风险。因此, 建议今后设计更加优化的临床试验为强力定眩片等相关药物治疗眩晕提供更加有力的依据。

综上所述, 强力定眩片联合西药能显著增加患者的脑血流量、降低血压、改善眩晕和头痛症状, 不仅体现出显著的临床疗效, 还具有良好的安全性, 可广泛治疗不同因素导致的眩晕。建议单独使用西药治疗效果欠佳的眩晕患者可联合强力定眩片, 并认为强力定眩片更加适用于伴有高血压或脑供血不足的眩晕患者。但在本研究中通过优选纳入的临床试验设计仍不够严谨, 希望相关学者今后开展更多的长期、随机、双盲、多中心临床试验, 为相关药物的临床精准治疗提供科学证据。

参考文献

- [1] MUIR SW, BERG K, CHESWORTH B, et al. Quantifying the magnitude of risk for balance impairment on Falls in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis[J]. J Clin Epidemiol, 2010, 63(4): 389-406.
- [2] WALTHER LE. Dizziness and vertigo in older individuals [J]. MMW Fortschr Med, 2014, 156(13): 48-52.
- [3] WALTHER LE, KLEEGERG J, REJMANOWSKI G, et al. Falls and fall risk factors. Are they relevant in ENT outpatient medical care? [J]. HNO, 2012, 60(5): 446, 448-456.
- [4] HEGEMANN SC, PALLA A. New methods for diagnosis and treatment of vestibular diseases[J]. F1000 Med Rep, 2010, 2: 60.
- [5] 李宏艳, 尚菊菊, 赵晓峰. 泻肝清心汤治疗心肝火旺型新发青年原发性高血压的临床观察[J]. 北京中医药, 2021, 40(3): 237-240.
- [6] STRUPP M, ZWERGAL A, FEIL K, et al. Pharmacotherapy of vestibular and cerebellar disorders and downbeat nystagmus: translational and back-translational research [J]. Ann N Y Acad Sci, 2015, 1343: 27-36.
- [7] HAIN TC, YACOVINO D. Pharmacologic treatment of persons with dizziness[J]. Neurol Clin, 2005, 23(3): 831-853.
- [8] GREEN S, HIGGINS JP. Preparing a cochrane review[M]// Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2008: 11-30.
- [9] HIGGINS JP, THOMPSON SG, DEEKS JJ, et al. Measuring inconsistency in meta-analyses[J]. BMJ, 2003, 327(7414): 557-560.
- [10] 彭劲萍. 强力定眩片联合甲磺酸倍他司汀片治疗老年后循环缺血性眩晕的效果评价[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(13): 1889-1890.
- [11] 杨东峰, 李传侠, 王义义. 强力定眩片联合氟桂利嗪治疗脑动脉硬化性眩晕的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(8): 1553-1556.
- [12] 陈杰, 陈东丽, 杨震, 等. 强力定眩片联合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗颈源性眩晕疗效观察[J]. 医学信息, 2019, 32(2): 169-171.
- [13] 黄陈敏, 周洪武, 钟志明. 强力定眩片联合拉西地平片治疗肝阳上亢型高血压疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2018, 28(3): 219-221.
- [14] 李军, 苏凤全, 张义军. 缬沙坦联合强力定眩片治疗老年原发性高血压患者疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(7): 12-14.
- [15] 李志广, 谢国民, 王海峰. 强力定眩片联合敏使朗治疗椎-基底动脉供血不足眩晕症临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(3): 127-129.
- [16] 穆素会. 强力定眩胶囊结合甲磺酸倍他司汀对眩晕症患者临床疗效分析[J]. 中国医学工程, 2019, 27(9): 64-66.
- [17] 王禹, 高超, 杨丹凤. 强力定眩片对高血压性眩晕症的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2019, 14(31): 98-99.
- [18] 吴丽坪. 强力定眩片缓解颈源性高血压性头痛的临床疗效分析[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2019, 9(24): 18-20.
- [19] 曹瑞, 郭俊林. 强力定眩片联合氟桂利嗪治疗眩晕症 29 例[J]. 西部中医药, 2018, 31(8): 4-6.
- [20] 陈琴, 邱伟伟. 强力定眩片联合拉西地平片治疗肝阳上

- 亢型高血压疗效观察探讨[J]. 中国农村卫生, 2018 (24):39.
- [21] 郭红玲. 盐酸氟桂利嗪与强力定眩联合治疗颈性眩晕的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2018, 10(16):86-87.
- [22] 李海华, 王哲, 徐强. 强力定眩胶囊联合左旋氨氯地平治疗高血压的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(9): 2245-2248.
- [23] 熊红菊. 硝苯地平控释片联合强力定眩片治疗高血压的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(30):58-59.
- [24] 赵淑艳. 强力定眩片加硝苯地平对高血压病人血压、眩晕症状的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16 (18):2746-2748.
- [25] 张红丽. 强力定眩片协助治疗原发性高血压的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(4):35-36.
- [26] 郑淑萍, 常伟. 中西医结合治疗社区中肝阳上亢证 H 型高血压病的疗效分析[J]. 中华全科医学, 2017, 15(1): 95-98.
- [27] 廖传明, 刘艳萍, 廖华英. 强力定眩片联合甲磺酸倍他司汀片治疗后循环缺血性眩晕疗效观察[J]. 四川中医, 2016, 34(2):213-214.
- [28] 彭龙龙, 额尔敦朝鲁. 强力定眩片联合法舒地尔在椎-基底动脉供血不足眩晕治疗中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(34):6-7.
- [29] 杨小珍. 强力定眩片联合丁咯地尔在椎-基底动脉供血不足眩晕治疗中的应用[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(19): 121-122.
- [30] 李娟, 刘玉红. 强力定眩片联合氟桂利嗪治疗老年高血压性眩晕临床观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(20): 76-77.
- [31] 郑延红, 高从军. 强力定眩片治疗椎基底动脉供血不足性眩晕 38 例疗效观察[J]. 中国医药指南, 2014, 12(14): 272-273.
- [32] 刘克卿. 硝苯地平控释片联合强力定眩片治疗高血压疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2013, 28(3):358-360.
- [33] 郭琳. 强力定眩片治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 42 例[J]. 中国药业, 2013, 22(20):108.
- [34] 陈轶俊. 中西医结合治疗原发性高血压的疗效[J]. 求医问药(学术版), 2012, 10(7):852.
- [35] 常维芳. 强力定眩片治疗中枢性眩晕疗效观察[J]. 哈尔滨医药, 2011, 31(6):431-432.
- [36] 翟照永. 强力定眩片治疗椎基底动脉供血不足所致眩晕 30 例[J]. 河南中医, 2011, 31(6):665.
- [37] 范肃, 潘珺俊, 魏军, 等. 针灸结合电热砭石治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J]. 北京中医药, 2019, 38(8): 792-795.
- [38] HANSSON L, ZANCHETTI A, CARRUTHERS SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group[J]. Lancet, 1998, 351 (9118):1755-1762.
- [39] 王娟娟, 秦雪梅, 高晓霞, 等. 杜仲化学成分、药理活性和质量控制现状研究进展[J]. 中草药, 2017, 48(15):3228-3237.
- [40] 李婧, 孙昇燕, 许飞. 强力定眩片缓解颈源性高血压疼痛的临床疗效[J]. 中成药, 2019, 41(3):716-720.
- [41] 赵淑艳. 强力定眩片加硝苯地平对高血压病人血压、眩晕症状的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16 (18):2746-2748.

Efficiency of Qiangli Dingxuan Tablet combined with western medicine for vertigo and Meta analysis on safety

ZHANG Shuo, XIONG Xing-jiang, DUAN Jin-long, WANG Qing-qing, LI Cai-ying, YAO Kui-wu

(收稿日期: 2021-03-29)