

颈性眩晕中医诊疗康复一体化方案临床治疗评估^{*}

郭剑华¹ 马善治^{1△} 刘渝松¹ 郭亮¹ 何长江²

钱文忠³ 杨昆鹏⁴ 彭文忠¹ 王健¹ 谢辉¹

(1.重庆市中医骨科医院,重庆 400010;2.重庆市涪陵区中心医院,重庆 408000;3.重庆市北碚中医院,重庆 400700;4.重庆市綦江区中医院,重庆 401420)

中图分类号:R255.3 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)03-0402-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.03.009

【摘要】目的 通过临床观察验证颈性眩晕中医康复一体化方案临床疗效,讨论其优越性。方法 将 152 例颈性眩晕患者按照临床路径纳入标准分类,随机分为治疗组和对照组,治疗组采用颈性眩晕中医诊疗康复一体化方案治疗,对照组采用常规综合治疗。观察其症状、生活工作能力、社会心理适应能力等的变化。结果 治疗组临床控制率 63.33% 优于对照组的 38.33% ($P < 0.05$)。两组治疗后临床症状、工作能力、心理适应力的改善方面均较治疗前改善 (均 $P < 0.05$)。且治疗组第 7 日眩晕频率改善优于对照组 ($P < 0.05$),第 14 日治疗组的眩晕程度、频率、持续时间及心理社会适应能力改善均优于对照组 (均 $P < 0.05$),第 21 日治疗组的眩晕程度、心理社会适应能力改善均优于对照组 (均 $P < 0.05$)。治疗组治疗后期 (1~3 月随访) 分析各方面均优于对照组 (均 $P < 0.05$)。两组焦虑状态治疗后均较治疗前改善 ($P < 0.05$),且治疗组改善程度优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗中,两组未出现较严重不良反应。结论 中医综合治疗措施治疗颈性眩晕疗效好、病程短,且复发率降低。

【关键词】 颈性眩晕 中医 一体化 临床疗效

Clinical Evaluation of Diagnosis and Treatment Integration Scheme in Cervical Vertigo GUO Jianhua, MA Shanzhi, LIU Yusong, et al. TCM Orthopaedics Hospital of Chongqing City, Chongqing 400010, China

【Abstract】 Objective: To evaluation the effect of diagnosis and treatment intergration scheme in cervical vertigo.

Methods: 152 patients were randomly divided into the treatment group and the control group. The treatment group was used the diagnosis and treatment intergration scheme and the control group was used the routine comprehensive therapy. Some indices were observed including the symptoms, the life and work quality and the mental adaptability. **Results:** The clinical control rate of the treatment group with 63.33% was higher significantlly than that of the control group with 38.33% ($P < 0.05$). After treatment, these indicators in 2 groups were improved such as the clinical symptoms, the work ability and the mental adaptability ($P < 0.05$). In the 7th day, the dizziness improvement of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). In the 14th day, the degree, frequency and duration of vertigo and the social adaptability of the treatment group were better than those of the control group ($P < 0.05$). In the 21st day, the dizziness and the social adaptability of the treatment group were superior to those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the social adaptabilities in 2 groups were improved ($P < 0.05$). Furthermore, the improvment in the treatment group was more obviouse ($P < 0.05$). In the follow-up, these indicators in the treatment group were better than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** It is effectvie of TCM comprehensive therapy in the cervical vertigo, which is short course and low recurrence rate.

【Key words】 Cervical vertigo; TCM; Integration Scheme; Clinical effect

颈性眩晕(CSA)是由于颈椎及其相关软组织发生器质性和(或)功能性改变所导致的眩晕^[1],目前多特

指颈椎病所引起,以交感神经型颈椎病及椎动脉型颈椎病多见。陈可冀^[2]指出,该病与颈椎及其有关软组织结构产生功能性或器质性变化,如颈椎退行性变、颈部软组织病变等引起椎动脉受压而发生缺血有关。笔者采用颈性眩晕中医诊疗康复一体化方案治疗颈性眩晕,获得较好临床效果。现报告如下。

^{*} 基金项目:重庆市科委科技攻关项目(cstc2012gg-yyjs0327);

重庆市卫生局优势病种项目

△通信作者(电子邮箱:13340242544@163.com)

1 资料与方法

1.1 病例选择 (1)纳入标准:参照 1992 年全国第 2 届颈椎病专题座谈会各型颈椎病标准、1994 年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3],符合诊断标准;年龄 30~70 岁;以眩晕为主诉,为始发症状或目前为主症者,有完整病史;可突然起病,但不伴一个脑干、小脑或大脑后部严重受累症状与体征;颈椎 X 线正、侧位片诊断:颈椎前缘或后缘有骨质增生,未见骨质破坏;钩椎关节增生;椎体失稳,生理曲度改变;一个或数个椎间隙狭窄;可伴有项韧带钙化;TCD 提示有椎-基底动脉供血不足;患者知情同意参加,且积极配合完成者。(2)排除标准:不符合诊断标准及纳入标准者;有严重心、肺、肝、肾等重要脏器疾患者;严重精神障碍者;急性颈椎间盘突出,或颈椎有骨折、脱位、结核、肿瘤、感染者;除外耳源性(外耳及中耳病变)、眼源性(如眼外肌麻痹、屈光不正)、心血管疾病性眩晕(如高血压病、低血压病、心律不齐等)、全身中毒性、代谢性、感染性疾病、头部外伤后眩晕(如颅底骨折或脑震荡后遗症等)、脊髓型颈椎病者;曾经接受颈椎手术治疗和颈椎畸形者;妊娠或哺乳期妇女;纳入后自行退出者;受试者依从性差,未按试验方案完成治疗者;同时接受其他治疗可能影响结果者。

1.2 临床资料 选取笔者所在医院 2012 年 6 月至 2014 年 6 月所收治颈性眩晕患者 152 例,按临床路径纳入标准分类,采用 SAS 软件随机双盲分为治疗组和对照组。本研究共纳入住院患者 152 例,排除 32 例(其中 30 例自行退出观察,2 例受试者依从性差,无法完成治疗),最终进入统计共 120 例。其中治疗组 60 例,男性 19 例,女性 41 例;平均 (52.60 ± 11.73) 岁;治疗前曾有 50 例接受过其他治疗,其中接受单一治疗者 20 例,接受两种以上治疗者 30 例,未接收任何治疗者 10 例。对照组 60 例,男性 18 例,女性 42 例;平均 (50.16 ± 11.33) 岁;治疗前曾有 49 例接受过其他治疗,其中接受单一治疗者 19 例,接受两种以上治疗者 30 例,未接收任何治疗者 11 例。两组资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组采用针灸、推拿、中药内服、心理疏导法及体疗进行治疗;对照组予常规综合治疗(药物+推拿)。具体方法如下:(1)针灸治疗:局部取穴为主。取颈椎棘突旁的压痛点及圆形或条索状阳性反应点(每次选用 2~4 穴)、风池、四神聪。辨证配穴:风阳上扰型加风府、太冲;痰湿阻络加丰隆、内关;气滞血瘀加血海、膈俞;气血不足加肺俞、足三里;肝肾不足加大杼、绝骨、三阴交。足三里、百会配合温针灸。针刺方法:选用直径 0.3 mm 无菌性一次性毫针。针刺颈项部压痛点或阳性反应点,针尖指向病所,平补平泻;针刺肩部

和上、下肢腧穴,以得气感向身体远心端放射为佳,平补平泻或补法。可配合电针,留针 15~20 min。(2)手法治疗:在完成针灸治疗后进行,分为以下两法。舒筋解痉:包括拿揉法、揉推法、点按法、推分法,其可以放松软组织。整复松黏矫正:采用仰卧手牵旋转法。患者仰卧位,头部探出床头,医者坐于患者头前,一手置于枕后部,一手置于颌下,双手用力牵引颈部并轻轻摇晃,使颈肌松弛,然后在牵引力作用下使患者头部左右旋转到最大限度,施法时切忌用力过猛。该法最初每日 1 次,待眩晕、头昏症状缓解后每隔 2~3 d 1 次。整复手法结束后采用放松类手法治疗 1~2 min 结束手法治疗。(3)中药内服治疗:采用笔者经验方颈舒汤为基础方进行随证加减治疗^[4]。风阳上扰证治以熄风潜阳,去桂枝、黄芪,加天麻、菊花、钩藤、石决明;痰湿阻络证治以化痰祛瘀,加半夏、白术、天麻;气滞血瘀证治以行气活血,加川芎、丹参;气血不足证治以补益气血,加党参、熟地黄;肝肾不足证治以补益肝肾,加枸杞、山药、淫羊藿,偏阴虚者加龟板、鳖甲,偏于阳虚者加鹿角胶、肉苁蓉。水煎 3 次,取汁合用,早中晚各 1 次,每日 1 剂。上述治疗方法 10 次为 1 个疗程,疗程间根据患者情况可休息 1~2 d。(4)心理疏导法:该病患者多有不同程度心理障碍,因此,心理疏导在颈椎病的治疗中十分重要。应根据患者心理素质,调畅其情志,改善或调整其精神情感状态。此法可让其家属配合进行。(5)体疗:治疗第 3 周起(即治疗第 15 日)开始,贯穿于康复、预防全过程。每日上、下午各做 1 次,每次 10~15 min,做到循序渐进,持之以恒。①颈康复操:站立位,双足与肩同宽。举头望月:双手在身后相握用力向下后方拉伸,同时头颈缓慢向上拔伸尽力后仰,如闲庭望月之状;低头探海:双手自然下垂,头颈向前引出,并尽力向下低头;左顾右盼:头先向左后向右转动;回旋双肩:双手叉腰,双肩作向前回旋运动,再作向后回旋运动;双手托天:双手上举过头,掌心向上,仰视手背。每个动作保持 5 s,反复做 10~15 次。②自我按摩:按摩百会、掐压风池、拿掐颈肌、按揉肩井、斜摩大椎、梳摩头部,按揉和掐压力量均由轻到重,每个动作进行 20~30 次。对照组给予复方丹参注射液 20 mL 加入葡萄糖注射液 200 mL 静滴,每日 1 次;西比灵 10 mg,每日 1 次,睡前服;10 d 为 1 个疗程,疗程间休息 2~3 d。推拿手法及疗程同治疗组。

1.4 观察指标 治疗前、治疗第 7 日、治疗第 14 日、治疗第 20 日,以及末次治疗后 1、3 个月 2 个复诊时间点进行访视,共计 6 个观察时点。若治疗期间患者病情达到临床控制,且未达 20 d 者,观察时点随之减少。记录不良反应发生情况,判断不良反应与本治疗的相关性。不良事件的因果关系判断标准参见《中药新药临床研究指导原则(试行)》,按“肯定、很可能、可能、可

疑、不可能”5 级分类法。不良事件程度:未明显影响日常活动(工作或学习)为轻度;影响日常活动为中度;明显影响日常活动为重度。记录处理措施以及结果。

1.5 疗效评定 参考《颈性眩晕症状与功能评估量表》分为 5 项:眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应,每项分 5 个等级,全表满分 40 分。疗效评价采用尼莫地平法计算改善率,改善率=[(治疗后积分-治疗前积分)/治疗前积分]×100%。疗效标准参照 1994 年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[3]。临床控制:症状体征消失或基本消失,疗效指数≥90%。显效:症状体征明显改善,70%≤疗效指数<90%。有效:症状体征均有好转,30%≤疗效指数<70%。无效:症状体征无明显改善,疗效指数在 30%以下。

1.6 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料和半计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用率或构成比表示。对于符合正态分布且方差齐的计量资料采用方差分析,不符合正态分布的计量资料、等级资料采用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组临床控制率 63.33%,优于对照组之 38.33%($P < 0.05$)。

表 1 两组颈性眩晕患者疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效
治疗组	60	38	16	4	2
对照组	60	23	14	20	3

2.2 两组治疗前后症状与功能评估比较 见表 2。两组治疗后临床症状、工作能力、心理适应力的改善方面均较治疗前改善(均 $P < 0.05$)。且治疗组第 7 日眩晕频率改善优于对照组($P < 0.05$),第 14 日治疗组的眩晕程度、频率、持续时间及心理社会适应能力改善均优于对照组(均 $P < 0.05$),第 21 日治疗组的眩晕程度、心理社会适应能力改善均优于对照组(均 $P < 0.05$)。治疗组治疗后期(1~3 月随访)分析各方面均优于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 2 两组颈性眩晕患者治疗前后症状与功能评估比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	眩晕程度	眩晕频率	持续时间	颈肩痛	头痛	日常生活工作		心理社会适应能力					合计
							生活情况	工作情况	闷闷不乐	易激动	对病情担心	睡眠差	难相处	
治疗组 ($n=60$)	治疗前	2.21±0.93	3.06±0.99	1.51±0.67	1.16±0.41	0.79±0.53	2.57±13.44	0.95±0.92	1.85±0.96	1.90±0.94	2.19±0.81	2.18±1.14	1.05±1.16	19.76±6.28
	治疗后 7 d	1.57±0.80*	2.44±1.08 [△]	1.08±0.45*	0.70±0.36*	0.48±0.47*	0.48±0.46*	0.61±0.52*	1.26±0.81*	1.08±0.82*	1.44±0.84*	1.27±0.95*	0.54±0.80*	12.98±5.38
	治疗后 14 d	0.82±0.62 [△]	1.47±1.13 [△]	0.75±0.53 [△]	0.39±0.29*	0.19±0.26*	0.19±0.33*	0.26±0.41*	0.77±0.71 [△]	0.37±0.58 [△]	0.80±0.74 [△]	0.75±0.78 [△]	0.24±0.56 [△]	7.05±4.70
	治疗后 21 d	0.46±0.50 [△]	0.72±0.84*	0.52±0.53*	0.20±0.26*	0.07±0.17*	0.06±0.19*	0.10±0.22*	0.26±0.24 [△]	0.20±0.40 [△]	0.31±0.46 [△]	0.31±0.46 [△]	0.11±0.32 [△]	3.33±2.80
	治疗后 1 个月	0.23±0.42 [△]	0.31±0.59 [△]	0.21±0.41 [△]	0.06±0.17 [△]	0.06±0.17 [△]	0.01±0.06 [△]	0.02±0.11 [△]	0.06±0.24 [△]	0.08±0.27 [△]	0.21±0.41 [△]	0.15±0.35 [△]	0.08±0.27 [△]	1.50±1.68
	治疗后 3 个月	0.00±0.00 [△]	0.05±0.22 [△]	0.01±0.13 [△]	0.03±0.12 [△]	0.03±0.12 [△]	0.00±0.00 [△]	0.00±0.00 [△]	0.05±0.22 [△]	0.08±0.27 [△]	0.11±0.32 [△]	0.14±0.35 [△]	0.06±0.25 [△]	0.77±2.06
对照组 ($n=60$)	治疗前	2.38±0.92	3.56±0.70	1.50±0.58	1.08±0.29	0.03±0.11	0.90±0.57	1.05±0.61	2.22±0.88	1.84±0.95	2.32±0.86	2.32±1.26	0.86±1.12	20.59±4.69
	治疗后 7 d	1.74±0.77*	3.14±0.72*	1.16±0.42*	0.68±0.31*	0.48±0.77*	0.58±0.51*	0.85±0.63*	1.68±0.89*	1.18±0.96*	1.66±0.93*	1.86±1.14*	0.54±0.88*	15.43±5.05
	治疗后 14 d	1.12±0.47*	2.26±0.85*	0.92±0.27*	0.52±0.69*	0.25±0.27*	0.23±0.35*	0.37±0.45*	1.10±0.78*	0.58±0.70*	0.98±0.99*	1.20±1.01*	0.28±0.57*	9.72±4.54
	治疗后 21 d	0.58±0.57*	1.06±1.05*	0.54±0.50*	0.27±0.28*	0.12±0.25*	0.03±0.11*	0.12±0.24*	0.48±0.61*	0.14±0.45*	0.46±0.64*	0.66±0.77*	0.00±0.00*	4.24±3.34
	治疗后 1 个月	0.44±0.54*	0.48±0.57*	0.34±0.47*	0.11±0.23*	0.03±0.11*	0.10±0.28*	0.12±0.32*	0.10±0.30*	0.20±0.14*	0.12±0.38*	0.26±0.56*	0.00±0.00*	2.00±2.08
	治疗后 3 个月	0.50±0.61*	0.58±0.75*	0.36±0.48*	0.14±0.24*	0.08±0.23*	0.08±0.23*	0.13±0.33*	0.20±0.49*	0.08±0.27*	0.20±0.06*	0.36±0.63*	0.00±0.00*	2.65±3.02

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组同期比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.3 心理干预焦虑状态评价 见表 3。两组焦虑状态治疗后均较治疗前改善($P < 0.05$),且治疗组改善优于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组心理干预焦虑状态评价比较(n)

组别	n	治疗前				治疗后			
		正常	轻	中	重	正常	轻	中	重
治疗组	60	17	34	8	1	49*	10*	1*	0*
对照组	60	16	33	9	2	35*	21*	4*	0*

2.4 安全性评价 治疗过程中,首次针刺时有 5 例发生晕针,3 例在做温针灸时出皮肤轻度烫伤,1 例因手

法治疗后出现临床颈项疼痛症状加重,经处理后不影响后期治疗。均未见较严重不良反应。

3 讨论

颈性眩晕其发病机制尚未明确,其经过卧床休息、颈围外固定(颈托)、针灸、理疗及药物治疗等可获良好疗效。目前采用的药物疗法较多,近年来中医综合治疗效果日益为学者关注。本研究结果示,中医综合治疗效果安全性较高,其容易发生的不良事件,如晕针、温针灸艾灰烫伤、手法损伤,均可通过提高从业人员安全意识而降低不良事件的发生率。

针刺具有疏通经络、调节气血,改善血液黏、凝状

态,缓解颈交感神经节受刺激,改善供血的作用^[5]。本研究中针灸治疗取穴精验。精:每次仅在颈项、头部取1~2组穴位,另配一组辨证取穴,每3日将穴位交替使用,既可减少针刺给人体带来的不悦感,又能减少穴位疲劳性,充分发挥针刺效应。验:所取穴位在治疗颈性眩晕时均有独特作用。颈部阿是穴能缓解局部紧张肌肉、改善血液循环,达到调节椎动脉痉挛、交感神经功能异常的目的;百会位于人体最高处,百脉朝宗,总摄阳经之汇,是治疗头疾之总穴,能清热散风、开窍醒神^[6-7];四神聪乃经外奇穴,亦位于巅顶,可醒脑健神、通督补髓,多用于治疗颅脑相关疾患^[8]。风府总领各“风”名诸穴,可使风邪不得上扬;太冲为肝经原穴,原气所居之处,有平肝和气血之功^[9],与风府合用,一上一下,可使体内气血调达、消除风邪,故可用于风阳上扰型颈性眩晕。丰隆为胃之络穴,别走于脾,有祛痰降逆、疏经活络之功;内关为心包经络穴,别走三焦,有安神宁心、镇痛理气之功,与丰隆合用可行气消痰、疏经通络,适用于痰湿阻络型颈性眩晕。血海者,气血交汇之处,能调和气血、舒畅经脉;膈俞为血会之处,能补血化瘀、行气通脉,与血海合用,适用于气滞血瘀型颈性眩晕。肺俞为肺气灌注之点,有益气、理气之效;足三里为阳明化生之源,有养血、行血之功,与肺俞合用,益气养血,适用于气血不足型颈性眩晕。骨会大杼、髓会绝骨,为精髓化生之地,合用能调补肝肾、益精生髓,适用于肝肾不足型颈性眩晕。足三里、百会配合温针灸,既可温通经络、条畅气血,亦可增强疗效^[10-11]。由于临床各家针刺手法不一,所获效亦优劣参半。通过规范针刺手法,能使针刺更具可操作性,疗效也可提高。

推拿治疗可改善颈椎动力平衡,缓解椎动脉、交感神经刺激,进而改善椎动脉供血^[12-13]。本研究治疗安排合理有序,采用“松-整复-松”的治疗节奏,能让患者在治疗过程中得以充分享受;卧位推拿能避免患者颈项在推拿过程中来回晃动,减少眩晕发作诱发因素;卧位整复手法简单易学,相对于坐位状态下进行整复更加安全;推拿治疗安排在针刺治疗之后,有利于消除因针刺可能引起的“后遗症”,提高患者对针灸治疗依从性。

颈舒汤为笔者经验方,方中葛根、当归活血通络、生津润筋,为君药;桂枝、白术、黄芪、茯苓、白芍益气通阳、活血通脉、燥湿利水,共为臣药;狗脊补益肝肾、强筋壮骨,全蝎搜剔经络、活血祛瘀,共为佐药;甘草调和诸药为使。诸药合用,共奏祛风散寒、化痰利湿、补益肝肾、活血通络之功效^[4]。

颈性眩晕病程长和易反复,会引起严重的不良情绪和心理反应,导致各种形式的心理障碍如焦虑症、抑郁症等,既影响疾病康复治疗,也对今后学习、生活、工作和社会活动有较大影响^[14]。本研究采用心理疏导治疗颈性眩晕,其可以消除悲观心理,让患者了解其发作

规律,增强其治疗信心,避免急躁情绪,发挥心理治疗的积极作用,使颈椎病所出现的各种症状得到改善。

体疗能充分调动患者主观能动性,使其主动参与治疗。运动疗法和自我按摩,可改善颈椎椎间关节功能,缓解颈部肌肉、韧带、关节囊等组织紧张力,改善肩部及上肢等肌肉力量,平衡颈肩背部两侧肌力,减轻肌肉痉挛,增加颈椎关节稳定性,矫正不良身体姿势,改善头颈部活动功能和椎-基底动脉血流量,使疼痛、麻木、头晕等症状得到缓解。治疗前应使患者树立信心,积极配合,坚持治疗,避免产生不良情绪。开始体疗时,应注意运动量不宜过大,防止发生眩晕,患者在家中也可进行,只要方法得当,持之以恒,是颈性眩晕的有效治疗方法之一。

综上所述,临床医生应将生理、病理、心理等学科的研究相结合,系统细致全面治疗颈性眩晕,是治疗颈性眩晕的新趋势。应用中医综合治疗措施对颈性眩晕有较好疗效,具有较大的推广应用价值。

参 考 文 献

- [1] 张丽敏,陈华德. 针刺治疗颈性眩晕的现状[J]. 浙江中西医结合杂志,2010,20(7):458-460.
- [2] 陈可冀. 眩晕[M]. 北京:中国医药科技出版社,2000:121-122.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:29-30.
- [4] 郭亮,吴春宝,郭剑华. “颈舒汤”治疗颈椎病案[J]. 中国中医急症,2014,23(4):773-774.
- [5] 陈惠君. 针刺结合手法对椎动脉型颈椎病患者的临床症状改善和血流动力学的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志,2008,16(5):49-51.
- [6] 洪文学,樊凤杰,宋佳霖. 百会穴研究概况[J]. 上海针灸杂志,2006,25(2):42-43.
- [7] 乔荣斌,李孟婧,文欣如,等. 针灸治疗髓海不足颈性眩晕的体会[J]. 内蒙古中医药,2012,30(19):49.
- [8] 罗永芬,高忻洙,魏稼,等. 膈穴[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:221.
- [9] 金海涛,张雯. 针刺四神聪治疗颈性眩晕临床观察[J]. 光明中医,2014,29(4):758-759.
- [10] 张树根,黄子建. 推拿手法与脑循环电刺激仪联合治疗颈性眩晕90例临床观察[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(4):197.
- [11] 陈少宗,巩昌镇. 现代针灸学[M]. 郑州:郑州大学出版社,2011:1-207.
- [12] 陈达祥,梁庆华. 颈椎手法推拿结合针灸治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 世界中医药,2013,8(5):549-551.
- [13] 范志勇,田宁才,张志坚,等. 辨证手法治疗寰枢关节错缝所致颈性眩晕120例[J]. 中国临床医生,2013,41(10):66-67.
- [14] 方忠,李锋,熊伟,等. 医源性脊髓损伤患者的社会心理因素研究[J]. 华中科技大学学报:医学版,2010,39(3):399-401.

(收稿日期 2014-11-22)