

推拿治疗颈源性眩晕的研究进展

孙平平^{1*}, 李楠娇¹, 陈浠豪¹, 谢宗洋¹, 王先滨^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院推拿科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年6月1日; 录用日期: 2025年6月24日; 发布日期: 2025年7月2日

摘要

颈源性眩晕(Cervicogenic Vertigo, CV)是由颈椎结构异常引发的平衡功能失调疾病, 属继发性眩晕, 对患者生活质量造成严重影响, 目前西医治疗效果并不理想。而推拿作为祖国医学的外治法之一, 近年来在治疗CV患者中疗效突出, 其具有见效快、副作用小和患者接受度高等优势。文章对推拿疗法、推拿结合传统中医疗法和推拿结合现代医学疗法等常见推拿治疗CV方法进行了归纳研究, 针对现有研究瓶颈提出治疗策略, 为探讨今后推拿治疗CV提供理论参考。

关键词

颈源性眩晕, 颈椎病, 推拿, 中医, 临床研究, 综述

Clinical Research Progress of Tuina Therapy for Cervicogenic Vertigo

Pingping Sun^{1*}, Nanjiao Li¹, Xihao Chen¹, Zongyang Xie¹, Xianbin Wang^{2#}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Massage, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Jun. 1st, 2025; accepted: Jun. 24th, 2025; published: Jul. 2nd, 2025

Abstract

Cervicogenic vertigo (CV) is a balance dysfunction disorder caused by cervical structural abnormalities, classified as secondary vertigo, which severely impacts patients' quality of life. Current Western medical treatments often show limited efficacy. As an external therapy in traditional Chinese

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 孙平平, 李楠娇, 陈浠豪, 谢宗洋, 王先滨. 推拿治疗颈源性眩晕的研究进展[J]. 临床医学进展, 2025, 15(7): 76-82. DOI: 10.12677/acm.2025.1571959

medicine, Tuina has demonstrated outstanding therapeutic effects in treating CV in recent years, with advantages including rapid symptom relief, minimal side effects, and high patient acceptance. This article summarizes common Tuina-based treatment methods for CV, such as Tuina therapy alone, Tuina combined with traditional Chinese medicine therapies, and Tuina integrated with modern medical therapies. It addresses existing research limitations and proposes therapeutic strategies to provide theoretical references for future studies on Tuina in CV treatment.

Keywords

Cervicogenic Vertigo, Cervical Spondylosis, Tuina, Traditional Chinese Medicine, Clinical Research, Review

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

颈源性眩晕是指临床表现为眩晕，多见转动颈部时加重，与体位密切相关，严重者出现恶心呕吐等临床症候群[1]。多因长期低头工作、看书等不良习惯导致疾病发生，且发病率逐年上升，并呈年轻化趋势[2] [3]。据流行病学研究表明，颈椎病的成人发病率为 10%~15%，本病在颈椎病占比约 20%左右，其以发病率高和病程长为特点，逐渐成为医学界关注的焦点[4] [5]。现代医学针对该病症的常规临床方案主要包括血管扩张疗法、物理牵引及外科手术三类干预手段，上述治疗方式虽可在短期内改善患者的临床症状，但存在副作用大及预后评估中普遍存在疗效持续性问题[6]。随着我国中医事业的发展，中医在治疗 CV 的重要性日益凸显，而推拿作为中医的外治法在治疗颈源性眩晕时其简、便、验、廉和副作用少的独特优势凸显而出。现将推拿治疗 CV 的研究进展综述如下。

2. 传统推拿

2.1. 单纯推拿治疗

中医认为推拿具有活血通络、解痉止痛、滑利关节之功。推拿疗法通过手指点穴和关节整复可一定程度松解肌肉、纠正颈椎小关节错位和恢复血液灌注的功效[7]。李锐等[8]认为“筋骨失衡”与“气血阴阳失调”是 CV 的核心病机。其基于“调和阴阳”原则，采用疏筋整复手法治疗寰枢关节紊乱型 CV：治疗组通过穴位按揉(风池、天柱等)、旋扳整骨、筋膜松解、软组织牵按四步疗法，每周 2 次(间隔 3 天)。对照组采用常规牵引(每日 1 次)。2 周后治疗组齿突偏移校正率、关节活动度及总有效率(98.46%)均显著优于对照组。范志勇等[9]认为手法操作中出现的关节弹响可作为力学载荷达标的客观标志，其引发的棘突位移感知与临床疗效存在显著相关性。观察组 36 例实施林氏正骨推拿，对照组 36 例采用传统旋转手法。结果显示，单次治疗后观察组即时镇晕有效率显著提高 16.70% ($p = 0.032$)，且总有效率达 91.7%，显著优于对照组的 75.0%。值得注意的是，虽然观察组弹响发生率(93.75%)，但弹响与疗效未呈现统计学关联($p > 0.05$)，提示手法精准度较单纯力学刺激更具临床意义。康甫[10]将 72 例 CV 患者分为旋转扳法组和穴位推拿组，每组 38 人。两组治疗前均进行常规的肌肉放松手法，旋转扳法组采取颈部旋转扳法，穴位推拿组选择风池、风府、翳风、完骨、肩井、夹脊等穴位使用点、按、指揉、提、拿等手法。治疗结束后通过 TCD 检测，穴位推拿组的 LVA、RVA 血流速度下降较旋转扳法组明显，且穴位推拿组总有效

率较旋转扳法组高。何秋茂[11]系统探讨了手法推拿对颈源性头晕的神经调控机制,研究设计采用复合手法干预方案(一指禅推法结合颈椎旋转复位术),设置每周两次干预,持续两个治疗周期。通过对比治疗前与干预后的磁共振数据、疼痛视觉模拟量表和眩晕障碍量表,发现双侧眶直回、双侧额下回及额中回等 ALFF 值增高,以及 VAS 与 DHI 量表评分下降,该研究阐释了手法治疗 CV 的中枢神经调节机制。许嘉桦[12]认为椎动脉型颈椎病造成的 CV 多因脾胃运化失常,提出运用腹部摩法和颈椎旋转定位扳法进行治疗,将 90 例患者分为腹摩组、扳法组、联合组各 30 例,三组均给予椎动脉型颈椎病基础治疗,腹摩组施以腹部摩法治疗,扳法组施以颈椎旋转定位扳法治疗,联合组施以腹部摩法 + 颈椎旋转定位扳法治疗,治疗后中医证候积分、眩晕症状相关评分、颈椎功能相关评分和椎 - 基底动脉血流动力学 Vm、Vs、Vd 参数均有改善,且联合组明显优于腹摩组与扳法组,说明联合腹摩法相比单纯扳法在临床上更容易取得疗效。李增图等[13]通过分节段推拿手法干预对家兔,以研究椎 - 基底动脉供血不足的“神经 - 血管”反馈调控机制,观察推拿治疗组的椎动脉血流参数阻力指数、搏动指数、血流量,红细胞聚集指数、红细胞变形指数及全血黏度检测,血清 CGRP、血浆 ET 水平检测,都有明显改善,实验也明确了推拿手法可以调节血液中的 ET/CGRP 水平,进而改善椎 - 基底动脉供血不足。

2.2. 推拿结合针刺治疗

推拿治疗可纠正关节错位和恢复血液灌注,而针灸治疗可以解痉止痛和疏通经络,推拿结合针灸既能快速缓解症状,又可改善局部循环。胡海超等[14]通过随机对照试验比较两种干预方案对 78 例 CV 患者的疗效差异。实验组(n = 39)在对照组常规手法整复治疗基础上,基于经筋理论指导的穴位配伍原则,选择天柱穴区、百劳穴及大杼穴实施项三针温针灸疗法。具体操作包括:1) 毫针直刺至得气层后行平补平泻手法;2) 针尾加载艾炷实施温灸(每穴 2 壮)。治疗方案设定为每周 3 次干预,6 次构成 1 个疗程,共实施 2 个疗程(总干预周期 14 ± 2 天)。疗效评估显示:两组治疗后椎 - 基底动脉系统血流动力学参数、中医证候积分量表及颈性眩晕障碍量表评分均较基线显著改善(p < 0.05)。贾峻等[15]对 81 例 CSA 相关 CV 患者进行随机对照研究。对照组采用标准颈椎牵引,观察组实施筋骨平衡疗法(手法整复结合针刺)。经治疗后两组椎基底动脉及左、右椎动脉血流量均较前增加,颈椎生理曲度和 ESCV 评分量表均较前改善,而观察组总有效率及各项指标又显著优于对照组。张丽丽等[16]使用推拿手法联合常规针刺治疗 CSA 引起的 CV,对照组患者选取风池、天柱、百会、颈夹脊、大椎、肩井等穴位经并随证加减进行针刺,观察组在对照组基础上给予推拿手法治疗,推拿手法取三步推拿法:开源增流、补偿平衡、解痉通畅,经治疗后观察组 LVA、RVA、BA 血流动力学指数和 ESCV 评分较观察组有明显改善,观察组总有效率 92.3%。刘少鸿等[17]在给予盐酸氟桂利嗪胶囊 5 mg 口服,1 次/d 上给予中医手法推拿、针灸治疗,治疗总有效率为 80%,表明推拿结合针刺治疗 CV 患者可有效改善其椎基底动脉供血速度、眩晕障碍及症状。陈达祥等[18]将 110 例 CV 患者随机分为两组,两组治疗均以 4 周为 1 个疗程,每天治疗 1 次,对照组选取百会、上星、天柱、风池、大椎、颈部夹脊穴等穴位进行温针治疗,治疗组在此基础上于颈肩部行按揉拿等手法松懈肌肉后再行整复手法,治疗结束后发现研究组的眩晕评分及疗效评分均优于对照组。

2.3. 推拿结合中药治疗

研究表明,推拿治疗可以调和气血,而中药具有四气五味之特性,可理气化痰、活血祛瘀等功效,二者联合治疗 CV 可以达到内外兼治的作用。张田宁等[19]针对老年 CV 患者开展了一项对照试验。研究将 66 例患者随机分为两组:对照组进行颈部推拿治疗结合康复训练(包括肩井、天宗等穴位推拿及肌肉放松),治疗组在此基础上加用中药颈舒汤加减调理。两组均每日治疗 1 次,持续 2 周。通过观察治疗前以及治疗后 3、7、10、14 d 的 VAS、ESCV 和治疗结束后的临床疗效结果,研究发现在推拿治疗和康复

训练的基础上结合颈舒汤能很好地改善老年 CV 患者的症状。薛愧玲等[20]将 120 例符合诊断标准的 CV 患者随机分为两组,其中对照组 60 例每日口服活血通络汤 1 剂,总有效率为 78.33%,研究组口服汤剂基础上以推拿手法施术肩颈部以解痉止痛、整复关节结合针刺穴位,总有效率为 93.33%。黄型飘等[21]用半夏白术天麻汤加减配合龙氏正骨推拿手法采用随机数字表法治疗 CV 患者 120 例,治疗后研究组中医证候积分、DHI 评分较对比组均有明显改善,治疗总有效率高达 95%。石嘉成等[22]基于“动力失衡为先,静力失衡为主”之理论,采用整颈三步九法配合圣愈汤加减治疗 CV 患者,将 100 例患者随机分为两组,对照组采用传统推拿手法配合盐酸氟桂利嗪片治疗,治疗组采用整颈三步九法配合圣愈汤加减治疗,两组患者治疗前后椎动脉和基底动脉的 Vs、Vd 血流速度、症状积分都有所改善,且治疗组明显优于对照组。冯卫星等[23]将符合诊断标准的 88 例 CV 患者随机分为两组,观察组使用常规西医治疗基础上结合化痰祛瘀方与整脊推拿手法治疗,对照组除不做整脊推拿手法外,其余治疗方法及疗程均同观察组。通过观察两组患者治疗前后的眩晕临床疗效和血脂改善情况,发现观察组眩晕临床疗效和血脂改善情况优于对照组。

3. 现代推拿治疗

3.1. 推拿结合牵引治疗

研究表明,牵引可拉伸增大椎间孔容积,降低椎间盘内压,解除椎动脉卡压以改善脑血流,结合推拿可形成动静互补:牵引重建骨性空间,推拿同步松解筋膜链,二者结合可有效治疗 CV [24]。贾承明等[25]将 300 例 CV 患者采用脊柱牵引状态下定点整复手法联合颈眩方治疗,手法治疗每 2 天 1 次,汤药 1 剂/d,分两次温服。连续服用 2 周。观察治疗前后颈椎功能障碍指数调查问卷、视觉模拟评分量表、眩晕症状量表、SF-36 健康自测简表评分、经颅多普勒及椎动脉彩超指标发现,治疗后各项指标均有较大改善。孟佳珩等[26]采用定点旋提手法配合“三期”辨证牵引法治疗寰枢关节紊乱引发的 CV 50 例,观察组采用定点旋提手法配合“三期”辨证牵引法治疗,对照组采用传统推拿手法配合“三期”辨证牵引法治疗,1 次/d,2 周为 1 个疗程,治疗 1 个疗程,观察颈椎开口位影像学报告和彩色多普勒超声发现观察组的 ADI 值、VBLADS 值和 LVA、RVA、BA 收缩期峰值平均血流速度均明显优于对照组,表明能作用于劳损肌肉,改善颈部气血循环及纠正错位,改善头部血供。孙淑芬等[27]将 CV 患者 116 例随机分为两组,试验组采用治疗方案为旋提手法加舒适机械牵引治疗,对照组采用治疗方案红外线照射加机械牵引治疗。治疗方案有效率试验组有效率为 86.2%,大于对照组 74.1%。试验组治疗后左右椎动脉收缩期峰值血流速度较对照组明显提高。严一成[28]对比治疗(予牵拉整复法进行治疗)和对照组(枕颌牵引带颈椎牵引治疗)治疗 CV 患者 70 例,通过观察颈性眩晕症状与功能评估量表评分、颈椎张口位片枢椎齿状突偏移程度,发现治疗后两组均有所改善,但治疗组疗效又较对照组更好,说明牵拉整复法治疗寰枢关节错位所致 CV,能有效缩短治疗周期,以及调整颈椎歪斜程度。

3.2. 推拿结合针刀治疗

针刀疗法融合中医针刺与外科刀具特性,通过微创松解软组织粘连、解除局部气血瘀滞,实现筋骨同治[29][30]。针刀联合推拿治疗 CV:针刀松解深部筋膜粘连,推拿调节筋骨力学平衡,二者协同改善颈脑循环,达到筋结松解、结构复位和气血畅行的作用。陈俊伟等[31]使用龙氏正骨联合针刀治疗 CV,较单纯针刺组和药物治疗组在眩晕障碍评定量表(DHI)评分、颈性眩晕症状与功能评估量表评分有较大改善。王卫刚等[32]将符合诊断标准的 201 例 CV 患者随机分为 2 组,观察组 101 例行针刀结合推拿手法(拿风池、颈夹脊,点按风池、风府、肩井等穴位,弹拨肩颈肌肉等手法)治疗,对照组 100 例予同观察组的推拿整复手法治疗。每周一至周五每日 1 次,2 周 1 个疗程,2 个疗程后统计;观察组、对照组治疗后

对比总体疗效情况、临床症状改善情况和颈椎 X 片异常情况改善,发现观察组有效率明显高于对照组($p < 0.01$),且对颈椎曲度变直、曲度反屈、钩椎关节增生有改善,尤其是对颈椎曲度的改善作用明显。周浩等[33]临床观察显示,推拿联合针刀疗法对 CV 患者通过物理松解(针刀)与功能调节(推拿)的协同作用,既解除软组织卡压,又促进局部微循环重建,以达到眩晕症状缓解、颈枕部不适压痛症缓解、椎动脉血流速度提升的效果。钱素瑛等[34]将 130 例 CV 患者随机分为两组,治疗组(针刀 + 推拿)治疗有效率为 90.16%,对照组(口服培他司汀)治疗有效率为 82.26%,且针刀结合推拿组的椎基底动脉血流较药物组流速更快。

4. 推拿结合其他疗法

推拿结合康复理疗、运动疗法、电针、艾灸、穴位注射等疗法治疗 CV 同样有较好的临床疗效。李莉等[35]观察针灸推拿结合康复理疗治疗 CV 患者,将符合诊断标准的 120 例患者随机均分成对照组与观察组,对照组 60 例接受常规护理干预(心理护理、心理护理、注意保暖、运动治疗、饮食指导),观察组 60 例在此基础上接受针灸推拿联合康复理疗干预,均连续干预 4 周,结果治疗后对比患者血液黏度、疼痛程度和颈椎功能、临床疗效,发现观察组明显优于对照组。罗华送等[36]推拿手法结合抗阻运动疗法治疗 CV 患者,认为抗阻运动疗法能松解颈部肌肉和增强其协调性,并进一步改善颈部本体感受器敏感性,从而达到治疗眩晕的预期[37]。于国志等[38]对比使用单纯电项针治疗的对照组和使用手指点穴结合电项针治疗的治疗组治疗 CV 患者 60 例,治疗组在电项针刺基础上沿足少阳胆经按揉双侧风池穴至双侧肩井穴,结果治疗后治疗组总有效率为 90.00%,对照组为 76.67%。齐智勇[39]使用腹部推拿结合艾灸关元穴治疗 CV,经治疗后患者眩晕评分量表、双侧椎动脉血流、基底动脉血流情况均有改善,总有效率 93.75%。陆飞宇等[40]采用龙氏正骨手法结合穴位注射的方法治疗 CV,在风池、天柱二穴使用 2 mL 复方当归注射液加 10%葡萄糖注射液稀释至 8 mL 注射,颈性眩晕症状与功能评估量表分值有所改善,治疗总有效率 95.00%。

5. 小结

推拿治疗作为非药物疗法,在 CV 的临床干预中展现出显著疗效。其作用机制主要体现于三方面:首先,通过循经取穴的点按揉压可有效缓解局部症状。其次,运用颈椎定位扳法、旋转扳法等整复手法能精准矫正颈椎生理曲度异常,重建颈部解剖结构的生物力学平衡,从而恢复椎动脉正常血供。最后,手法干预可显著提升椎基底动脉系统血流量,从根本上改善眩晕等临床症状。现有临床研究数据证实,单纯推拿治疗及推拿结合其他疗法均能有效改善 CV 症状,充分验证了其临床推广价值。但现有文献多集中于临床观察性研究,缺乏动物实验的机制探讨,关键在于动物无法主动配合,以及应激干扰实验结果,可将推拿手法转化为可量化的机械刺激参数如力度、频率、穴位等进行实验观察。在临床样本选择上,未建立年龄分层研究体系,导致不同年龄段疗效差异数据缺失,若能按照 CV 的初始发病年龄分为青年、中年、老年并进行推拿疗效的对比,可进一步完善推拿治疗 CV 在不同年龄分段的临床疗效。联合治疗方案研究上明显不足,研究涉及康复理疗、运动疗法等物理手段的协同应用,针对电针透穴、艾灸温通、穴位注射等特色中医疗法的联合应用研究更为匮乏,难以系统评估中医综合疗法的叠加效应,可进一步加强推拿联合电针透穴、艾灸温通、穴位注射等疗法的研究以完善推拿联合治疗的内容。当前 CV 治疗存在明显的“重局部、轻整体”现象,主要表现为三个局限性:治疗仅限于局部位置缺少远端取穴,辨证体系不完善(尤其是脏腑辨证)和治疗手段单一化。虽然龙氏整脊、林氏整骨等特色手法各具优势,但操作标准化程度不足导致疗效差异显著,需要建立量化评估体系,以规范推拿操作标准化和推拿疗效稳定化。临床研究缺乏系统随访设计,导致长期疗效(>12 个月)及复发率等关键数据缺失,不利于评估推

拿治疗 CV 的长期疗效。因此, 推拿治疗 CV 的临床研究有待进一步发展。

参考文献

- [1] Yang, T., Xirasagar, S., Cheng, Y., Kuo, N. and Lin, H. (2020) Association of Cervical Spondylosis with Peripheral Vertigo: A Case-Control Study. *The Laryngoscope*, **131**, E625-E630. <https://doi.org/10.1002/lary.28715>
- [2] 柯尊华, 王静怡. 颈椎病流行病学及发病机理研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(1): 62-64.
- [3] 张儒奇, 王一栋, 陈登山, 等. 中国大学生及青少年颈椎病危险因素的 Meta 分析[J]. 中国公共卫生管理, 2022, 38(6): 804-807.
- [4] 崔学军, 姚敏. 颈椎病中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 918-922.
- [5] 王宝剑, 李俊海, 黄沪, 等. 北京市某三甲医院 2018 年-2020 年颈椎病门诊患者临床流行病学特征分析[J]. 中国病案, 2022, 23(12): 40-43.
- [6] 王晓东, 朱立国, 于杰. 椎动脉型颈椎病眩晕症状的临床研究概述[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2016, 24(3): 80-82.
- [7] Huang, F., Zhao, S., Dai, L., Feng, Z., Wu, Z., Chen, J., et al. (2020) Tuina for Cervical Vertigo: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **39**, Article ID: 101115. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101115>
- [8] 李锐, 张兆杰, 张世民, 等. 疏筋整复手法治疗寰枢关节错缝所致颈性眩晕 65 例临床观察[J]. 中医杂志, 2022, 63(5): 450-454.
- [9] 范志勇, 吴山, 赖淑华, 等. 林氏正骨推拿治疗颈性眩晕所致咔哒声响与即时镇晕疗效的相关性研究[J]. 新中医, 2016, 48(1): 76-78.
- [10] 康甫, 汪青春, 叶勇光. 旋转扳法和穴位推拿治疗青年颈性眩晕的随机对照试验[J]. 中国骨伤, 2008(4): 270-272.
- [11] 何秋茂, 林嘉杰, 赵家友, 等. 中医推拿治疗颈源性头晕头痛的脑内信息响应特征研究[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(21): 19-21+24.
- [12] 许嘉桦, 刘士硕, 陈柏臻, 等. 腹部摩法结合颈椎旋转定位扳法治疗痰湿阻络型椎动脉型颈椎病患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(3): 550-555.
- [13] 李增图, 杨丽娉, 陈莹. 分节段推拿手法干预对家兔椎-基底动脉供血不足的“神经-血管”反馈调控机制研究[J]. 浙江医学, 2021, 43(11): 1144-1148.
- [14] 胡海超, 李广广, 周匀标, 等. 颈三针温针灸治疗气血亏虚证颈性眩晕的临床效果[J]. 中国医药导报, 2023, 20(22): 137-140.
- [15] 贾峻, 王志光, 赵国瑞, 等. 基于“筋骨平衡”理论针刺推拿疗法治疗 CSA 的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(2): 161-164. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20231018.1701.063.html>, 2025-04-14.
- [16] 张丽丽, 吴李秀, 朱慧梅. 推拿手法联合常规针刺治疗椎动脉型颈椎病的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(6): 1135-1137.
- [17] 刘少鸿, 袁小霞. 手法推拿联合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎-基底动脉血流动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(1): 83-86.
- [18] 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.
- [19] 张田宁, 田千慧, 朱咏梅, 等. 颈舒汤加减联合推拿康复治疗混合型颈椎病疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2022, 41(3): 36-40.
- [20] 薛愧玲, 贾淑丽. 活血通络汤联合针灸、推拿手法治疗椎动脉型颈椎病[J]. 中医学报, 2020, 35(8): 1789-1793.
- [21] 黄型飘, 华植, 冯祖军, 等. 半夏白术天麻汤加减配合龙氏正骨推拿手法治疗颈性眩晕的临床观察[J]. 中外医学研究, 2021, 19(2): 1-3.
- [22] 石嘉成, 杨一帆, 李笔锋, 等. 整颈三步九法配合圣愈汤治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(22): 2447-2451+2461.
- [23] 冯卫星, 袁海光, 谢福恒. 整脊推拿结合化痰祛瘀方治疗颈源性眩晕伴颈动脉斑块 43 例[J]. 山东中医药大学学报, 2019, 43(3): 288-292.
- [24] 刘东钱, 尚荣安, 胡迪. “解肌通脉、醒神开窍”手法配合颈椎牵引治疗颈性眩晕临床研究[J]. 中国中医急症, 2016, 25(6): 1100-1102.
- [25] 贾承明, 杨皓然, 伍均, 等. 脊柱牵引状态下定点整复手法联合颈眩方治疗椎动脉型颈椎病真实世界临床研究[J]. 陕西中医, 2024, 45(5): 675-678+682.

-
- [26] 孟佳珩, 姜益常, 杨雪, 等. 定点旋提手法配合“三期”辨证牵引法治疗寰枢关节紊乱综合征疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(4): 497-500.
- [27] 孙淑芬, 余伟吉, 张勇, 等. 旋提手法联合舒适牵引治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效及对血流动力学的影响[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(9): 1778-1781.
- [28] 严一成, 朱炯伟, 居宇斌, 等. 牵拉整复法治疗寰枢关节错位所致颈性眩晕的疗效研究[J]. 按摩与康复医学, 2023, 14(1): 4-7.
- [29] 赵秋鹤, 贺芳, 周庆辉. 针刀松解辅助颈椎稳定性训练治疗颈性眩晕疗效及对椎-基底动脉血流的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(6): 632-634.
- [30] 王文彪, 卢巍, 钟世荣, 等. 中医推拿手法治疗寰枢椎错位颈性眩晕的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(5): 1150-1152.
- [31] 陈俊伟, 谭志. 龙氏徒手及牵引下正骨联合针刀治疗颈性眩晕临床研究[J]. 现代中医药, 2022, 42(4): 139-143.
- [32] 王卫刚, 何威. 针刀配合推拿整复手法治疗颈性眩晕临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(11): 174-176.
- [33] 周浩, 熊云. 中医推拿配合小针刀治疗颈性眩晕[J]. 光明中医, 2018, 33(19): 2880-2881.
- [34] 钱素瑛, 吴怀钜, 麻国尧, 等. 针刀配合推拿治疗中青年颈源性眩晕的临床研究[J]. 中国医药指南, 2017, 15(28): 170-171.
- [35] 李莉, 胡流霞, 胡海蝶, 等. 针灸推拿联合康复理疗对颈椎病患者效果观察[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(8): 65-68.
- [36] 蔡阁, 田俊松, 罗华送. 罗华送正骨推拿手法结合抗阻运动疗法治疗颈性眩晕临床经验[J]. 甘肃中医药大学学报, 2016, 33(2): 19-22.
- [37] 杜良杰, 李建军. 主动抗阻运动疗法治疗慢性颈部疼痛的临床研究[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(7): 649-653.
- [38] 于志国, 关睿骞, 苗源, 等. 基于孙申田教授经络辨证思想采用电项针结合手指点穴治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 中医药学报, 2024, 52(12): 59-63.
- [39] 齐智勇. 腹部推拿结合艾灸关元穴治疗肝肾亏虚型眩晕的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 杭州: 浙江中医药大学研究生院, 2023.
- [40] 陆飞宇, 甘霖, 匡家毅. 龙氏正骨手法结合穴位注射治疗颈性眩晕临床观察[J]. 广西中医药大学学报, 2021, 24(2): 26-28.