

ICS
C



团 体 标 准

T/CACM ×××—202×

前庭性偏头痛中医诊疗指南

Guideline for the Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine in
Vestibular Migraine

(稿件类型：送审稿)

(本稿完成时间：2024年10月20日)

202×-××-××发布

202×-××-××实施

中华中医药学会发布

目次

前言	3
引言	4
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语及定义	5
4 诊断	错误！未定义书签。
5 中医辨证论治	5
5.1 肝阳上亢证	5
5.2 痰湿中阻证	5
5.3 瘀血阻络证	7
5.4 气血亏虚证	7
5.5 肾精不足证	8
6 治疗	8
6.1 中成药	8
6.2 中医非药物治疗	9
6.3 其他疗法	10
7 预防调摄	10
附录 A（资料性附录）证据质量分级及推荐意见强度	错误！未定义书签。2
附录 B（资料性附录）指南工作组	错误！未定义书签。3
参考文献	14

前 言

本文件按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草》规定的规则起草。

本文件由吉林省中医药科学院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：吉林省中医药科学院、河南中医药大学第一附属医院、海军军医大学附属长征医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学、北京中医药大学东直门医院、南京中医药大学附属医院、成都中医药大学附属医院、山西医科大学第一医院、杭州市中医院、江西省中医院、辽宁中医药大学附属医院、云南省中医医院、湖北省中医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、甘肃中医药大学附属医院、内蒙古自治区中医医院、长春中医药大学附属医院、山东中医药大学附属医院、天津中医药大学第一附属医院、内蒙古自治区国际蒙医医院、中国中医科学院西苑医院、山东中医药大学附属医院、长春市中医医院、安徽中医药大学第一附属医院、湖南省中医药研究院、北京大学航天临床医学院（航天中心医院）、辽源市中医院、珠海市中西医结合医院。

本文件主要起草人：孙莉、张怀亮、庄建华、陈志刚、费宇彤。

本文件其他起草人（按姓氏笔画排列）：王仁忠、王彦红、王艳昕、邓琤琤、艾春玲、朱佳浩、伍大华、伍文彬、刘征、刘玲、刘寅、刘翔毅、米裕青、李秀玲、杨文海、杨旭、陈志凌、陈钢钢、南红梅、特木其乐、海英、黄春江、曹克刚、常诚、彭伟、董晗硕、童晨光、谢道俊、譙凤英。

引 言

前庭性偏头痛（VM）是反复发作性眩晕的常见疾病，在眩晕相关疾病中居第3位。VM可发生于任何年龄，男女比例为1:1.5~1:5，女性多见。VM的发病率约为0.89%，人群总体患病率约为1%^[1]，是梅尼埃病的5~10倍，是导致眩晕的常见疾病之一。是继良性阵发性位置性眩晕(BPPV)之后，引起复发性眩晕的第二大常见原因。2012年国际Barany协会和国际头痛学会共同制定了前庭性偏头痛概念及其诊断标准，并被纳入2018年第3版国际头痛疾病分类诊断标准(ICHD-3)中^[2]。国内分别于2018年及2019年发布了关于前庭性偏头痛的专家诊治共识^[3,4]，但仍无法完全满足当下前庭性偏头痛的临床诊疗需要，中医药治疗眩晕病具有个体化、多靶点、综合调节治疗的作用，临床效果确切。但国内缺少规范的前庭性偏头痛中医临床诊疗指南，为进一步规范前庭性偏头痛的中医临床诊疗，促进中医诊治前庭性偏头痛水平的提高，根据《世界卫生组织指南制定手册》的指南制定流程、GRADE系列文章的方法学以及中华中医药学会团体标准管理办法等相关要求，基于现有最佳证据并充分结合专家经验，结合中医诊疗的特色以及中国实际情况的特点，制定了《前庭性偏头痛中医临床诊疗指南》。

本文件的证据质量及推荐意见强度使用GRADE方法。证据质量是对合并效应量预测值的真实性把握程度，GRADE系统将证据质量分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）4级。基于RCT得出的证据开始定义为高质量，但可以因研究的局限性、研究结果不一致、间接证据、结果不精确、报告偏倚5个因素而降级；基于观察性研究的证据开始定义为低质量，但可以因疗效显著、存在剂量效应关系、存在各种可能导致疗效显著性降低的偏倚3个因素而升级。推荐强度反映了指南对一项干预措施是否利大于弊的确定程度，本指南推荐意见的推荐强度考虑了干预措施的利弊权衡、患者的价值观与意愿、需要的临床条件与实践中的差距、地域符合情况、医保成本5个因素，由共识会议专家综合权衡后得出。

本文件主要针对前庭性偏头痛提供以中医为主要内容的诊断、治疗、预防、保健意见，推荐有循证医学证据的前庭性偏头痛现代医学和中医药诊断、治疗方法。本指南用于指导临床医师规范化地进行前庭性偏头痛的中医诊疗活动。

前庭性偏头痛中医诊疗指南

1 范围

本文件规定了前庭性偏头痛的术语和定义、诊断、中医辨证、治疗和预防调摄的内容。

本文件针对的患者群体是 18 周岁以上的前庭性偏头痛患者。

本文件适用于各级医院及社区卫生服务中心的中医医师、综合医院中医科医师、中西医结合医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注明日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。

国际疾病分类标准编码 [ICD-11]（2018 年，世界卫生组织）

3 术语及定义

下列术语和定义适用于本指南

前庭性偏头痛（Vestibular Migraine, VM）

前庭性偏头痛（ICD-11: AB31.1）是临床常见的具有遗传倾向的以反复发作头晕或眩晕为主要表现的一种前庭疾病，可伴有畏光、畏声、恶心、呕吐和（或）头痛等症状^[2-5]。

4 诊断

4.1 诊断标准^[5]

前庭性偏头痛：A.至少发作 5 次中至重度的前庭症状，每次发作持续 5 min 至 72 h；B.目前或既往存在根据国际头痛分类-3（International Classification of Headache Disorders-3, ICHD-3）标准诊断的有或无先兆的偏头痛；C.至少在 50%的前庭症状发作中存在下述 1~3 项偏头痛特征中的一项：(1)头痛时至

少有 a~d 特点中的两项，即 a.位于一侧；b.搏动性；c.中至重度；d.日常体力活动导致加重；(2)畏光和畏声；(3)视觉先兆；D.不能用其他前庭疾病或 ICHD-3 头痛疾病更好地解释。

5 中医辨证论治

前庭性偏头痛依据其临床表现属于“眩晕”范畴，临床以头晕目眩、视物旋转为主证，可伴恶心、呕吐或头痛，轻者闭目即止，重者如坐车船，甚则仆倒，可伴有恶心、呕吐、汗出、耳鸣、心悸及面色苍白、眼球震颤等表现^[6]。中医基本证候可分为肝阳上亢证、痰湿中阻证、瘀血阻络证、气血亏虚证、肾精不足证 5 种基本证性^[6,7]。其发生的病机复杂，归纳为风、火、痰、虚四个方面，临床中以虚证或本虚标实证较为多见，其治法急者偏实，以熄风、潜阳、化痰、活血等法以治其标，缓者多偏虚，当用补养气血、益肾、养肝、健脾等法以治其本为主。

5.1 肝阳上亢证

主症：眩晕，耳鸣，头目胀痛。

次症：①急躁易怒，②口苦，③失眠多梦，遇烦劳郁怒而加重，④甚则仆倒，⑤颜面潮红，⑥肢麻震颤。

舌脉：舌质红，苔黄，脉弦或数。

治疗原则：平肝潜阳，清火息风

方药：天麻钩藤饮（《中医内科杂病证治新义》）加减（**证据级别：B 级，推荐强度：强推荐**）^[8-10]

药物组成：天麻、钩藤、石决明、川牛膝、桑寄生、杜仲、栀子、黄芩、益母草、茯神、夜交藤；

治疗期间可随症加减。

加减：若口苦目赤，烦躁易怒者，加龙胆草、川楝子、夏枯草；若目涩耳鸣，腰酸膝软者，加枸杞子、生地黄、玄参；若目赤便秘者，加大黄、芒硝或佐用当归龙荟丸；若眩晕剧烈，手足麻木或震颤者，加磁石、珍珠母、羚羊角粉等。

改善结局：改善中医证候积分、中医有效率、降低 DHI（dizziness handicap inventory）评分、头痛指数及焦虑抑郁量表评分。

5.2 痰湿中阻证

辨证原则：以痰湿内蕴、清阳不升为要点，结合头重如裹、胸闷呕恶等症，辨明脾失健运、痰浊中阻之病机。

主症：眩晕，头重如裹，或伴视物旋转。

次症：①胸闷恶心，②呕吐痰涎，③食少多寐。

舌脉：舌淡胖，苔白腻，脉濡滑。

治疗原则：化痰祛湿，健脾和胃

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减（**证据级别：B级，推荐强度：强推荐**）^[11-13]

药物组成：半夏、白术、天麻、橘红、茯苓、甘草、生姜、大枣；治疗期间可随症加减。

加减：若呕吐频作者，加胆南星、天竺黄、竹茹、旋覆花；若脘闷纳呆，加砂仁、白豆蔻、佩兰；若耳鸣重听，加葱白、郁金、石菖蒲；若头痛头胀，心烦口苦，渴不欲饮者，用黄连温胆汤。

改善结局：改善中医有效率、降低 DHI 评分及眩晕发作次数。

5.3 瘀血阻络证

主症：眩晕，头痛，且痛有定处。

次症：①健忘，②失眠，③心悸，④精神不振，⑤耳鸣耳聋，⑥面唇紫暗。

舌脉：舌质暗有瘀斑，多伴有舌下脉络迂曲增粗，脉涩或细涩。

治疗原则：祛瘀生新，活血通窍

方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减（**证据级别：B级，推荐强度：强推荐**）^[14-28]

药物组成：赤芍、川芎、桃仁、红花、麝香、老葱、生姜、大枣、黄酒；治疗期间可随症加减。

加减：若见神疲乏力，少气自汗等症，加黄芪、党参；若心烦面赤，舌红苔黄者，加栀子、连翘、薄荷、菊花；若畏寒肢冷，感寒加重，加附子、桂枝；若头颈部不能转动者，加威灵仙、葛根、豨莶草；若瘀血重者，加地龙等虫类药物。

改善结局：降低头痛指数、眩晕发作次数、改善眩晕严重程度及中医有效率。

5.4 气血亏虚证

主症：眩晕，动则加剧，劳累即发。

次症：①面色㿔白，②神疲乏力，③倦怠懒言，④唇甲不华，发色不泽，⑤心悸少寐，⑥纳少腹胀。

舌脉：舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治疗原则：补益气血，调养心脾

方药：归脾汤（《济生方》）加减（**推荐强度：弱推荐**）

药物组成：党参、黄芪、白术、当归、龙眼肉、茯神、远志、酸枣仁、木香、甘草、生姜、大枣；

治疗期间可随症加减。

加减：若气短乏力，神疲便溏者，可合用补中益气汤；若自汗时出，易于感冒，当重用黄芪，加防

风、浮小麦；若脾虚湿盛，腹胀纳呆者，加薏苡仁、扁豆、泽泻等；若兼见形寒肢冷，腹中隐痛，加肉桂、干姜；若血虚较甚，面色晄白，唇舌色淡者，加熟地黄、阿胶；兼见心悸怔忡，少寐健忘者，加柏子仁、首乌藤、龙骨、牡蛎。

改善结局：尚无文献记载。

5.5 肾精不足证

主症：眩晕，日久不愈。

次症：①精神萎靡，②腰酸膝软，③少寐多梦，④健忘，⑤两目干涩，视力减退，⑥遗精早泄，⑦耳鸣齿摇，⑧颧红咽干，⑨五心烦热，⑩面色晄白，形寒肢冷。

舌脉：舌红少苔，脉细数；或舌质淡嫩，苔白，脉沉细无力，尺脉尤甚。

以上证型分别具备主症 2 项、次症 2 项，结合舌脉特点，即可辨证。

治疗原则：滋养肝肾、填精益髓

方药：左归丸（《景岳全书》）加减（**推荐强度：弱推荐**）

药物组成：熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、川牛膝、龟甲胶、鹿角胶；治疗期间可随症加减。

加减：若五心烦热，潮热颧红者，加鳖甲、知母、黄柏、丹皮等；若肾失封藏固摄，遗精滑泄者，加芡实、莲须、桑螵蛸、紫石英等；若失眠，多梦，健忘者，加阿胶、鸡子黄、酸枣仁、柏子仁等；若阴损及阳，见四肢不温，形寒怕冷，精神萎靡者，加巴戟天、淫羊藿、肉桂，或予右归丸；若下肢浮肿，尿少等症，加桂枝、茯苓、泽泻等；若便溏、腹胀少食，加白术、茯苓、薏苡仁等。

改善结局：尚无文献记载。

6 治疗

6.1 中成药

6.1.1 养血清脑颗粒

主要功效为养血平肝，活血通络。改善结局：降低眩晕发作次数、眩晕严重程度、DHI 评分、头痛发作次数、头痛持续时间，改善中医有效率。（**证据级别：B 级，推荐强度：弱推荐**）^[29]

6.1.2 天舒胶囊

主要功效为活血平肝，通络止痛。改善结局：改善眩晕严重程度、中医有效率，降低眩晕发作次数、DHI 评分及 VAS（Visual Analogue Scale）评分。（证据级别：B 级，推荐强度：弱推荐）^[30,31]

6.1.3 全天麻胶囊

主要功效为平肝，息风。改善结局：降低眩晕发作次数、DHI 评分、VAS 评分，改善中医有效率。（证据级别：B 级，推荐强度：弱推荐）^[32]

6.2 中医非药物治疗

6.2.1 针刺（证据级别：B 级，推荐强度：强推荐）^[33-36]

主穴：风池、太阳、太冲、内关、神门、百会。

配穴：肝阳上亢，宜加行间、侠溪穴；气血亏虚，宜加足三里、关元穴；肾精不足，宜加三阴交、太溪穴；痰湿中阻，宜加阴陵泉、丰隆穴^[38-39]。

操作：患者取坐位放松，常规局部消毒后，针刺晕听区（耳尖直上 1.5cm 处向前后各引 2cm 的水平线）沿皮向后刺 1.2 寸，百会穴斜刺约 1.0 寸，风池穴向鼻尖方向刺 0.5~1.2 寸；晕听区施捻转稍加提插手法，由徐到疾，捻转速度约每分钟 200 次，连续 3~5min，所有穴位得气后留针 30min，每天 1 次，针刺 1 周为 1 个疗程，连续治疗 1~3 个疗程。

改善结局：降低眩晕发作次数、VAS 评分及 DHI 评分，改善中医有效率及中医证候积分。

6.2.2 温针灸（证据级别：B 级，推荐强度：弱推荐）^[37]

主穴：百会、双侧风池、太阳、率谷、足三里、三阴交、太冲、太溪穴。

操作：患者放松后取仰卧位，酒精棉球对施针穴位常规消毒，太溪、百会用补法，其余各穴平补平泻。风池向鼻尖斜刺 1 寸，百会平刺 0.8 寸，太阳直刺 0.5 寸，率谷向后平刺 0.8 寸，足三里、三阴交直刺 1 寸，太冲、太溪直刺 0.8 寸；每次留针 30min，留针时，选百会、太阳、率谷、足三里、三阴交施灸，用纯艾条约长 2cm 左右，插在针柄上点燃，每次每穴 2 壮，每日 1 次，连续治疗 2 周。

改善结局：降低 VAS 评分及 DHI 评分。

6.2.3 耳穴压豆（证据级别：B 级，推荐强度：弱推荐）^[38,39]

主穴：选取耳穴双侧神门、肝、脾，配穴选取内耳、颞、外耳、三焦。

操作：患者取坐位，将耳穴贴贴于所选的穴位上，轻轻按压 1min，嘱患者每日按压 5 次，隔 2 天更换 1 次，两耳交替进行。20 天为 1 个疗程，连续治疗 1~2 个疗程。

注意事项：耳廓有炎症、冻伤者禁用。

改善结局：改善中医证候积分及中医有效率，降低 DHI 评分。

6.3 其他疗法

6.3.1 经皮电刺激治疗（证据级别：B 级，推荐强度：弱推荐）^[40]

设备：经皮神经低频电刺激治疗仪

操作：首先用湿纸巾清洁眉间及前额皮肤，将电极贴于前额（尖端部分置于两眉间），然后佩戴该神经电设备开始治疗。发作期应用治疗模式（脉冲宽度 250us，持续时间 500us，重复频率 100Hz，14min 后输出电流规律增加至最大 16mA）；症状缓解后改用预防模式（脉冲宽度 300us，持续时间 600us，重复频率 600Hz，14min 后输出电流规律增加至最大 16mA），每日 2 次，每次 20min，连续治疗 10 天。

改善结局：改善中医有效率。

7 预防调摄

7.1 情志

做好情志疏导工作，避免暴怒和郁闷不乐。前庭性偏头痛发作时要设法分散病人的注意力，指导病人进行自我调控，放松紧张情绪，缓解其压力。

7.2 起居

床铺应清洁干燥、平软。居住环境宜安静整洁，空气流通，光线柔和或偏暗，温度、湿度适宜。多休息，卧位舒适，避免过度劳累、经常熬夜等。减少陪护及探视，避免外界不良刺激。

7.3 饮食

饮食有节，定时定量，少食多餐，宜食甘味及微量元素之品，避免火腿、咸鱼等大量含有亚硝酸盐的腌制食物，避免进食巧克力、红酒、咖啡、浓茶等刺激之品。

7.4 其他

避免视觉、味觉、嗅觉等诱因引起的刺激，女性月经期或更年期更易发病，应加强预防。可适当参加活动锻炼，如太极拳、八段锦以改善平衡。

中华中医药学会团体标准公示稿

附录 A

(资料性附录)

证据质量分级及推荐意见强度

A.1 GRADE 证据质量分级及描述

根据 GRADE 方法，将证据质量分为高、中、低、极低四个等级（表 A.1）^[41,42]。

表 A.1 GRADE 证据质量分级及描述

质量分级	具体描述
高 (A)	非常确信真实的效应值接近效应估计值。
中 (B)	对效应估计值有中等程度的信息：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性。
低 (C)	对效应估计值的确信程度有限：真实值可能与估计值大不相同。
极低 (D)	对效应估计值几乎没有信息：真实值可能与估计值大不相同。

C.2 推荐意见强度的定义

本指南推荐强度标准综合临床试验、中医古籍、医保目录、中国药典等标准化文件形成证据，结合临床专家调研结果、药品说明书信息、患者偏好与价值观以及相关经济学分析数据，由名义组会议专家综合权衡后作出推荐强度。推荐意见强度分为强、弱两个等级（表 A.2）^[43]。

表 A.2 推荐意见强度的定义

级别及具体描述	强推荐 (1) 确信干预措施利大于弊	弱推荐 (2)：干预措施有可能利大于弊
含 义	对患者 几乎所有患者均会接受所推荐的方案； 此时若未接受推荐，则应说明	对多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
	对临床医生 应对几乎所有患者都推荐该方案； 此时若未给予推荐，则应说明	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现其偏好与价值观的决定
	对政策制定者 该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

附录 B

(资料性附录)

指南工作组

专家组成员：**本指南主要起草人：**

孙莉（吉林省中医药科学院）、张怀亮（河南中医药大学第一附属医院）、庄建华（海军军医大学附属长征医院）、陈志刚（北京中医药大学东方医院）、费宇彤（北京中医药大学）。

本指南秘书组：

李秀玲（吉林省中医药科学院）、艾春玲（吉林省中医药科学院）、刘寅（吉林省中医药科学院）、董晗硕（吉林省中医药科学院）、朱佳浩（珠海市中西医结合医院）。

本指南专家组（按姓氏笔画排列）：

王仁忠（山东中医药大学附属医院）、王彦红（长春市中医院）、王艳昕（安徽中医药大学第一附属医院）、邓铮铮（江西省中医院）、伍大华（湖南省中医药研究院）、伍文彬（成都中医药大学附属医院）、庄建华（海军军医大学附属长征医院）、刘征（黑龙江中医药大学附属第一医院）、刘玲（湖北省中医院）、刘翔毅（甘肃中医药大学附属医院）、米裕青（内蒙古自治区中医医院）、孙莉（吉林省中医药科学院）、杨文海（辽源市中医院）、杨旭（北京大学航天临床医学院）、张怀亮（河南中医药大学第一附属医院）、陈志刚（北京中医药大学东方医院）、陈志凌（杭州市中医院）、陈钢钢（山西医科大学第一医院）、南红梅（长春中医药大学附属医院）、费宇彤（北京中医药大学）、特木其乐（内蒙古自治区国际蒙医医院）、海英（辽宁中医药大学附属医院）、黄春江（云南省中医医院）、曹克刚（中国藏学研究中心北京藏医院）、常诚（南京中医药大学附属医院）、彭伟（山东中医药大学附属医院）、童晨光（中国中医科学院西苑医院）、谢道俊（安徽中医药大学第一附属医院）、谯凤英（天津中医药大学第一附属医院）。

参考文献

- [1] Stolte B, Holle D, Naegel S, et al. Vestibular migraine[J]. Cephalalgia, 2015, 35(3): 262-270.
- [2] Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria. J Vestib Res. 2012;22(4):167-72.
- [3] 于生元,万琪,王武庆等.前庭性偏头痛诊治专家共识(2018)[J].中国疼痛医学杂志,2018,24(07):481-488.
- [4] 中国卒中学会卒中与眩晕分会, 中国医师协会神经内科医师分会眩晕专业委员会. 前庭性偏头痛诊疗多学科专家共识[J]. 中华内科杂志, 2019, 58: 102-107.
- [5] Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria1, literature update 2021, consensus document of Barany Society and the International Headache Society. J Vestib Res. 2022;32(1):1-6
- [6] 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京; 中国中医药出版社, 2021:139-145.
- [7] 中华中医药学会·中医内科常见病诊疗指南-中医病证部分[M].北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [8] 王庆敏,丁煜.天麻钩藤饮对偏头痛性眩晕的临床疗效及安全性研究[J].实用中西医结合临床,2019,19(08):137-13.
- [9] 杜艳华,徐广顺.天麻钩藤颗粒治疗前庭性偏头痛的临床疗效及其对眩晕复发的预防作用[J].实用心脑血管病杂志,2017,25(11):89-9.
- [10] 钱静怡,唐轩. 天麻钩藤饮加减对肝阳上亢型前庭性偏头痛患者炎症因子及疗效影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(87):33-35,39.
- [11] 刘寅,李秀玲,李桦,刘亚芬,孙莉.半夏白术天麻汤加味治疗前庭性偏头痛的临床研究[J]. 中医药导报,2019,25(07):61-64.
- [12] 范桂梅,芮汉臣,李广从,王建平,张洁,朱兰,姚玉芳,贾鸿宁,祁晓媛,杨潮萍.半夏白术天麻汤治疗前庭性偏头痛临床观察[J].解放军医药杂志,2019,31(07):97-99.
- [13] 康紫厚,许可可,杨海燕.半夏白术天麻汤预防性治疗前庭性偏头痛的临床分析[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(10):86-87.
- [14] 张正学.中医辨证治疗偏头痛性眩晕60例分析[J].甘肃科技,2017,33(19):135-136.

- [15] 刘艳秋. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕的疗效探讨[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020,20(29):185-18.
- [16] 李霞. 中医辨证法结合西药治疗偏头痛眩晕的临床观察[J]. 中国医药指南, 2019,17(03):186-187.
- [17] 田沃,田大田. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕临床效果观察[J]. 养生保健指南, 2019(10):205.
- [18] 曹渊. 探讨中医辨证治疗偏头痛性眩晕的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2015,9(23):255-256.
- [19] 刘玉兵. 用中医疗法治疗偏头痛性眩晕的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2016,14(20):140-141.
- [20] 项启旺,谢道俊. 中医辨证治疗前庭性偏头痛临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019,19(8):201-202.
- [21] 王权. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕的临床疗效分析[J]. 智慧健康, 2017,3(20):61-62.
- [22] 王霄羽. 中医辨证法结合西药治疗偏头痛眩晕的临床观察[J]. 光明中医, 2018,33(2):229-230.
- [23] 代娜. 中西医结合治疗偏头痛眩晕的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2020,14(4):205-206.
- [24] 徐华春. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕的疗效探讨[J]. 健康忠告, 2021,15(15):145. 章颖. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018,18(86):123+125.
- [25] 谭忠玉. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕90例临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2018,16(06):182-183.
- [26] 王玉娇,谢道俊,黄友发,杨言府. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕临床效果及不良反应发生率探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020,8(29):155-156.
- [27] 章颖. 中医辨证治疗偏头痛性眩晕临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018,18(86):123+125.
- [28] 肖忠源,王新志,路永坤,等. 对偏头痛性眩晕患者应用中医辨证治疗的临床效果[J]. 特别健康, 2021(4):141.
- [29] 石敏,张淑青. 养血清脑颗粒治疗偏头痛性眩晕效果观察[J]. 中国乡村医药, 2015,22(18):27-29.
- [30] 王琦,于明,张晓林,朱颖,秦大强,蔡志荣. 天舒胶囊治疗偏头痛性眩晕的临床观察[J]. 中药导报, 2016,22(03):69-70.

- [31] 周子靖.天舒胶囊联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的疗效观察[J].现代药物与临床,2022,37(01):70-74.
- [32] 陈丹.全天麻胶囊联合氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的临床效果分析[J].中国民康医学,2018,30(21):82-83.
- [33] 张茵多. 针灸配合药物治疗前庭性偏头痛的效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2017,15(11):123-125.
- [34] 刘亚芬,赵振,张水生,等. 通玄针法联合前庭康复训练治疗前庭性偏头痛的临床效果[J]. 中国当代医药,2020,27(14):161-164.
- [35] 刘亚芬,李秀玲,赵丽华,马琳,赵振.西药联合针灸治疗前庭性偏头痛45例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2021,30(09):120-122.
- [36] 马琳,刘亚芬,张水生,孙莉.定坤针法治疗前庭性偏头痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(08):103-105.
- [37] 赵子焯,王丕敏.温针灸治疗气血亏虚型前庭性偏头痛34例临床观察[J].中国民族民间医药,2021,30(04):97-99.
- [38] 李冬梅,项颖,孙莉,等. 耳穴压豆治疗前庭性偏头痛的临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(24):107-110.
- [39] 陈晓琳,张水生,刘寅,等. 中医特色护理耳穴压豆法对前庭性偏头痛患者临床疗效及生活质量影响的研究[J]. 双足与保健,2019,28(3):127-128.
- [40] 陈元星,孙勃,彭新,等. 神经电刺激治疗前庭性偏头痛患者的临床疗效观察[J]. 中国听力语言康复科学杂志,2018,16(4):259-261.
- [41] Balshem H, Helfanda M, Schunemann HJ, 等. GRADE指南:III. 证据质量分级[J]. 中国循证医学杂志, 2011, 11(04):451-455.
- [42] Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., et al. GRADE: An Emerging Consensus on Rating Quality of Evidence and Strength of Recommendations. BMJ, 2008,336, 924-926.
- [43] Gordon H Guyatt, Andrew D Oxman, Regina Kunz, 等. GRADE:从证据到推荐[J]. 中国循证医学杂志, 2009, 9(03):257-259.