

ICS
C**

,,**

T/CACM ****—202*



团体标准

T/CACM T****—202*

慢性咽炎中西医结合诊疗指南

Guidelines for the Integration of Traditional Chinese Medicine and Western
Medicine in the Diagnosis and Treatment of Chronic Pharyngitis

(文件类型：公示稿)

(完成时间：2026 年 9 月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目录

1. 范围 错误!未定义书签。

2. 规范性引用文件 错误!未定义书签。

3. 术语和定义 错误!未定义书签。

4. 病因 错误!未定义书签。

5. 诊断 2

 5.1 病史 2

 5.2 临床症状 2

 5.3 局部检查 2

 5.4 西医病理诊断 2

 5.5 中医证候诊断 错误!未定义书签。

6. 鉴别诊断 错误!未定义书签。

7. 治疗 错误!未定义书签。

 7.1 病因治疗 3

 7.2 辨证施治 错误!未定义书签。

 7.3 代茶饮 错误!未定义书签。

 7.4 局部治疗 5

 7.5 针灸疗法 6

8. 预防与调护 7

9. 自我管理指导 8

附录 A 9

前 言

本文件参照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则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位:北京中医药大学东方医院、天津中医药大学第一附属医院、江西中医药大学附属医院、首都医科大学附属北京友谊医院、山东中医药大学附属医院、北京中医药大学东直门医院、广州中医药大学第一附属医院、北京中医药大学房山中医院、新疆昌吉州中医医院、重庆市永川区中医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院眼科医院、上海中医药大学附属市中医医院、深圳市中医院(广州中医药大学第四临床医学院)、北京航天总医院、辽宁中医药大学附属医院、河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院)、成都中医药大学附属医院、云南省中医院、中国中医科学院西苑医院、河北省中医院、中国中医科学院望京医院、首都医科大学佑安医院、山西省中医药大学附属医院、南京军区总医院、天津市人民医院、黑龙江中医药大学附属医院。

本文件主要起草人:王嘉玺、丁雷、谯凤英、王仁忠、刘建华、刘玉和、陶波。

参与起草人(按姓氏拼音顺序):柴峰、蔡超、常尚揆、杨相立、冯炜、郭裕、郭树繁、何伟平、黄春江、李岩、刘静、冷辉、刘元献、刘勇刚、季俊峰、路遥、毛德宏、孙中武、王冬梅、王丽华、谢慧、闫占峰、张予、张志斌、夏芸。

引 言

本文件编写目的在于规范“慢性咽炎”的中西医临床诊断、治疗及预防调护，为临床提供“慢性咽炎”中西医临床规范化的处理策略与方法，全面提高耳鼻咽喉疾病的中西医临床疗效和科研水平。

本文件通过科学的循证医学研究及大量专家论证的咨询，采纳了近几年临床及科研上对“慢性咽炎”诊疗的更新措施。本文件的编写遵循科学性、实用性、严谨性原则，符合医疗法规和法律要求，遵循循证医学研究，并结合医学伦理学及临床应用评价等做了指南的推荐等级评价，具有指导性、普遍性和可参照性，可作为“慢性咽炎”中西医临床实践、诊疗规范和质量评定的重要参考依据。

本文件将通过发布会、标准应用推广培训班、继续教育学习班、学术会议、学术期刊等多种渠道宣传、贯彻、实施，在行业推广应用。

本文件计划定期更新，由本标准工作组通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现更新。

本文件起草组的所有成员声明：他们与其他任何组织或个人无利益冲突。

本文件采用证据推荐分级的评价、制定与评估（Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation, GRADE）方法对慢性咽炎中西医治疗的有效性和安全性的证据体进行质量评价。基于专家意见和后续讨论达成共识，并参照 GRADE 系统对推荐级别的分级产生最后的推荐意见，制定方法见附录 A。

慢性咽炎中西医结合诊疗指南

1. 范围

本文件给出了慢性咽炎的诊断、辨证、治疗、预防调护、和自我管理的指导意见。
本文件适合各级各类医疗机构中医、中西医结合、西医等相关科室医师使用。

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，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本指南。

GB/T 16751.1—1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2—1997《中医临床诊疗术语·症候部分》

GB/T 16751.3—1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南·慢喉痹（修订）》（2019年）

《22个专业95个病种中医诊疗方案》（2010年）国家中医药管理局医政司

3. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件：

3.1 慢性咽炎 chronic pharyngitis

为咽部粘膜、粘膜下及淋巴组织的弥漫性炎症，常为上呼吸道慢性炎症的一部分。本病多见于成年人，病程长，症状顽固，不易治愈。

3.2 慢喉痹

是以反复咽部微痛、咽干咽痒、异物感、或喉底颗粒肿起为主要特征的疾病。

4. 病因

4.1 局部因素包括：

1) 急性咽炎反复发作。

2) 上呼吸道慢性炎症刺激，如慢性鼻-鼻窦炎、鼻咽部炎症等，可因其炎性分泌物经后鼻孔至咽后壁刺激粘膜，亦可因其使患者长期张口呼吸，引起粘膜过度干燥而导致慢性咽炎。另外，慢性扁桃体炎、龋齿等亦可引起慢性咽炎。

3) 长期烟酒过度，或受粉尘、有害气体及辛辣食物刺激，均可引起本病。

4) 职业因素（教师、歌唱者等）及体质因素亦可引起本病。

4.2 全身因素

多种慢性病，如贫血、消化不良、胃食管反流性疾病、心血管疾病、慢性下呼吸道感染、肝肾疾病等都可引发本病。另外，内分泌紊乱、自主神经失调、维生素缺乏以及免疫功能紊乱等均与本病有关。

5. 诊断

5.1 病史

可有急性咽炎（急喉痹）反复发作史，或有嗜好烟酒、辛辣食物史，或长期烟尘、有害气体刺激史。

5.2 临床症状

咽部干燥，或有异物感、灼热感、轻微疼痛等不适感，或咽痒咳嗽、干呕等。患者咽部较敏感，张口压舌易作呕，晨起频繁刺激性咳嗽，少痰，萎缩性咽炎患者有时可咳出带臭味的痂皮。病程长，时轻时重，一般无明显全身症状。

5.3 局部检查

咽粘膜弥漫性充血，色暗红，或见咽侧索肥厚，咽后壁淋巴滤泡增生，甚者融合成片；或咽粘膜干燥萎缩，常有粘稠分泌物或黄褐色痂皮附着。

5.4 病理分型诊断

5.4.1 慢性单纯性咽炎 chronic simple pharyngitis

咽粘膜层慢性充血，粘膜下结缔组织及淋巴组织增生，血管周围淋巴细胞浸润，腺体肥大，黏液分泌增多。

5.4.2 慢性肥厚性咽炎 chronic hypertrophic pharyngitis

咽粘膜慢性充血、肥厚，粘膜下有广泛的结缔组织及淋巴组织增生，形成咽后壁颗粒状隆起的淋巴滤泡，甚或融合；若咽侧索淋巴组织增生肥厚，则该处呈条索状隆起。

5.4.3 慢性萎缩性咽炎 pharyngitis sicca and atrophic pharyngitis

主要病理变化为腺体分泌减少，初见粘膜干且粗糙，继而萎缩变薄。初起黏液腺分泌减少，分泌物黏稠，粘膜干燥；继因粘膜下层慢性炎症，逐渐发生机化和萎缩，压迫黏液腺与血管，使腺体分泌减少，粘膜营养障碍，致粘膜萎缩变薄，咽后壁上可有干痂附着，或有臭味。

5.5 中医证候诊断

5.5.1 肺肾阴虚

温热病后，或劳伤过度，耗伤阴液，肺肾阴虚，咽失濡养；阴虚水不制火，虚火上炎，熏蒸咽窍，发为喉痹。

5.5.2 脾胃虚弱

思虑过度，劳伤脾胃，或饮食不节，或久病伤脾，致脾胃虚弱，水谷精微生化不足，咽喉失于濡养，发为喉痹。

5.5.3 脾肾阳虚

禀赋不足，或疲劳、房劳过度，或久病误治，以至脾肾阳虚，咽失温煦，寒湿凝闭为病，或肾阳虚，虚阳浮越于咽喉而为病。

5.5.4 痰凝血瘀

饮食不节，脾胃受损，运化失常，水湿内停，聚而为痰，凝结咽喉；或喉痹反复发作，余邪滞留咽窍，久则经脉瘀滞，闭阻咽喉而为病。

6. 鉴别诊断

需要与慢乳蛾、咽喉部肿瘤、梅核气等疾病鉴别。

7 治疗

7.1 病因治疗

改善生活习惯，消除各种致病或诱发因素，如戒除烟酒等不良嗜好，保持室内空气清新，坚持户外运动，避免粉尘及有害气体，积极治疗口、鼻等邻近器官慢性炎症及其他全身性疾病（如便秘、消化不良等）以增强抵抗力，可选择应用抗组胺类、抑酸剂，胃粘膜保护剂等药物及方法对因治疗。

7.2 辨证施治（西医病理分型诊断与中医证候诊断症状、体征相似者，可参照该中医证候诊断施治）

7.2.1 肺肾阴虚

主证：咽部干痒灼热或疼痛，干咳少痰。咽部粘膜暗红，或粘膜干燥、萎缩变薄发亮。伴有头晕眼花，腰膝酸软，手足心热。舌红少苔，脉细数。

治法：滋补肺肾，生津利咽。

方药：百合固金汤《医方集解》加减。（共识建议，共识度：100%）

方剂组成：熟地、生地、当归、白芍、甘草，桔梗、玄参、贝母、麦冬、百合。

若淋巴滤泡增生，可加香附、枳壳、郁金等以行气活血，解郁散结；咽粘膜干燥、萎缩明显者，酌加丹参、当归、玉竹、桑椹之类以助祛瘀生新，养血润燥。

中成药可选用口炎清颗粒（等级 C，弱推荐）。

7.2.2 脾胃虚弱

主证：咽部微干、微痒、微痛，有异物梗阻感或痰黏着感，易恶心。若疲倦、多言、受凉则症状加重。咽粘膜淡红或微肿，咽后壁淋巴滤泡增生，或融合成片，或有少许分泌物附着。伴有面色无华或萎黄，倦怠乏力，少气懒言，胃纳欠佳，腹胀便溏。舌淡或有齿痕，苔薄白，脉缓弱。

治法：益气健脾，升清利咽。

方药：补中益气汤《脾胃论》）加减。（共识建议，共识度：100%）

方剂组成：黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣。

若咽后壁淋巴滤泡增生，加川芎、丹参、郁金以活血行气；痰黏者加沙参、贝母、香附、枳壳理气化痰，散结利咽；咽干明显者，可加玄参、麦冬、百合以利咽生津；若纳呆、腹胀便溏，可加砂仁、茯苓、藿香以健脾利湿；易恶心者，加半夏、厚朴等和中降逆。

7.2.3 脾肾阳虚

主证：咽部异物感，微干微痛，咽部粘膜淡红。痰涎稀白，面色苍白，形寒肢冷，腰膝冷痛，夜尿频而清长，腹胀便秘。舌淡胖，苔白，脉沉细弱。

治法：补脾益肾、温阳利咽。

方药：附子理中汤《阎氏小儿方论》加减。（共识建议，共识度：100%）

方剂组成：制附子、人参、干姜、甘草、白术。

若腰膝酸软冷痛者，可加补骨脂、杜仲、牛膝等；若咽部不适、痰涎清稀量多者，可酌加半夏、陈皮、茯苓等；若腹胀纳呆者，可加砂仁、木香等。

7.2.4 痰凝血瘀

主证：咽部异物感、痰黏着感，咽干灼热，微痛或刺痛，痰黏难咳，易恶心呕吐。咽部粘膜暗红，咽后壁淋巴滤泡增生或融合成片，咽侧索肥厚。伴有咽干不欲饮，胸闷不适。舌质暗红，或有瘀斑瘀点，苔白或微黄腻，脉弦滑。

治法：祛痰化瘀，散结利咽。

方药：贝母瓜蒌散《医学心悟》加减。（共识建议，共识度：100%）

方剂组成：浙贝母、瓜蒌、天花粉、茯苓、橘红、桔梗。

可加牡丹皮、赤芍、桃仁、川芎以活血祛瘀散结。若咽干不适、咳嗽痰黏，加杏仁、半夏、紫菀；若咽部刺痛、异物感，可加香附、郁金等。

中成药可选用金嗓利咽丸（等级 B，强推荐）；喉咽清颗粒/口服液（等级 C，弱推荐）。

7.2.5 服用方法

中药汤剂每日 2 次，饭后 30 分钟温服；慢性调理期：每服 5 天停 2 天，避免长期服药损伤脾胃；停药信号：咽部无干燥/疼痛、淋巴滤泡缩小、舌苔转正常。

服药前后 1 小时避免辛辣、油腻、生冷、浓茶、咖啡等。

7.3 代茶饮（共识建议，共识度：90%）

7.3.1 肺肾阴虚：

沙参、玄参、生甘草、桔梗、白芍、麦冬、生地。

7.3.2 脾胃虚弱：

黄芪、白术、炙甘草、当归、橘皮、升麻、柴胡。

7.3.3 脾肾阳虚：

人参、白术、炙甘草、干姜、肉桂、陈皮、桔梗。

7.3.4 痰凝血瘀：

桃仁、红花、浙贝母、桔梗、茯苓、橘红。

7.3.5 用法：

200-300 毫升沸水（100℃）冲泡，首次焖泡 15~20 分钟，可反复加开水冲泡 2~3 次，每日 1 剂，连续饮用不超过 7 天。

7.3.6 注意事项：

空腹及睡前 2 小时慎服；孕妇及糖尿病患者慎服。

7.4 局部治疗

7.4.1 西医局部治疗

7.4.1.1 慢性单纯性咽炎：常用复方硼砂溶液、呋喃西林液、2%硼酸液含漱，或含服喉片，如碘喉片、薄荷喉片。

7.4.1.2 慢性肥厚性咽炎：除了用上述方法处理外，还需对咽后壁淋巴滤泡进行处理，常用冷冻或激光治疗，也可用化学药物局部烧灼。处理范围不宜过大过深，以防日后咽部干燥，粘膜萎缩。

7.4.1.3 萎缩性咽炎：可用小剂量碘剂（2%碘甘油）涂布于咽后壁粘膜上，促进腺体分泌，改善干燥症状。雾化治疗亦能减轻干燥症状。服用维生素 A/B/C/E 等可促进粘膜上皮生长。

7.4.2 中医局部治疗

7.4.2.1 含法：可含服银黄含片等。

7.4.2.2 烙治法：咽后壁淋巴滤泡增生明显者，可烙治（共识建议，共识度：84%）。

具体操作步骤：烙治疗法治疗慢性肥厚性咽炎一律采用小号烙铁（避免不适当损伤正常粘膜），烙器规格：烙铁头直径约 0.5Cm，厚约 0.2cm。施术时，患者取坐位，头稍向前倾，头部固定，医者先嘱患者张口，用压舌板压定其舌部，充分暴露口咽部，用喷枪向咽部黏膜喷洒浓度为 1%注射用盐酸丁卡因溶液行咽部黏膜表面麻醉，用压舌板压定其舌部，将烙铁在酒精灯上加热后迅速蘸上香油，注意轻轻抖动烙铁上残余香油（以免烙器上残余的香油滴落烫伤正常组织），对准咽后壁增生滤泡及咽侧索肥厚组织施行烧烙，烙至施烙点发白即可，每次烙治的时间约为 1s，烙治时不可对同一部位进行重复烙治，每个增生的

淋巴滤泡各烙治 1 下（每次选取 3-5 个淋巴滤泡），每侧咽侧索各烙治一下，烙治范围不得超出病损边缘（以免损正常组织），在烙治过程中烙治范围不应过大，避免影响术后愈合。治疗疗程：每周 1-2 次，连续做 4 周。

烙治法需严格筛选适应症，规避禁忌人群。表面麻醉后操作以减少疼痛，术中控制热力深度，单次烙治时间≤1 秒，避免重复灼烧同一部位，术后密切监测出血与感染。

禁忌症：急性炎症期、扁桃体恶性病变、凝血功能障碍、严重全身性疾病急性期（高血压未控制、重度心肺功能不全、肝肾功能衰竭等）、咽部解剖异常、扁桃体萎缩或瘢痕严重者。

7.4.2.3 啄治法：咽后壁淋巴滤泡增生明显或咽侧索肥厚者，可用啄治刀啄治（**共识建议，共识度：84%**）。

具体操作步骤：患者取坐位，头靠椅背，自然呼吸，儿童患者需要家长抱扶并固定头部。医生面对患者而坐，左手持压舌板近端，远端置于患者舌体前 2/3 与后 1/3 交界处并下压，暴露口咽，医生右手持一次性啄治刀在咽后壁淋巴滤或咽侧索上做雀啄样治疗，每次 3~5 下，刀尖进入深度约 1 毫米，口吐少许痰血为度。每周啄治 1-2 次，连续 4 周。

虽然该方法在临床上有一定疗效，但仍存在一些潜在风险（出血、感染、黏膜损伤瘢痕、疼痛等），需严格掌握适应症和操作规范。建议由经验丰富的医师执行，并备齐应急处理设备。对于高风险患者，可优先考虑其他治疗方法（如中药含漱或针灸）。

术后 2 小时内禁食禁水，减少刺激；24 小时内避免辛辣、过热食物，可含服冰片或薄荷喉片缓解不适。

禁忌症：急性炎症期、凝血功能障碍、严重全身性疾病、孕妇等特殊人群。

7.4.2.4 穴位贴敷法（共识建议，共识度：100%）：采用药物多为活血行气、辛温通窍、化痰散结之品，能除体内伏邪、宣通气血，活络开窍的作用。如：防风、桂枝、细辛、白芥子、干姜、丹参、郁金、赤芍、附子、红花等，以酒或醋作为介质调和，制成贴剂。

取穴如：天突、肺腧、大椎、阿是穴等。每日 1 次，每次 2-4 小时，7 次为一疗程。

7.4.2.5 穴位注射法（共识建议，共识度：81%）：药物可为复方当归注射液、穿心莲注射液、丹参注射液等（0.5-1 毫升每个穴位，原液）在两侧咽后壁黏膜下注射或穴位进行注射。起到通经活络、消肿散结等作用。取穴如：天突、肺腧、大椎、阿是穴等。

注射方法：选用 1 mL 注射器+5 号细针头，进针深度 0.5-1 寸，避免过深；可选择咽后壁滤泡 3~5 个点，每点注射 0.2~0.3 mL；穴位注射推药前回抽，确保无回血（避免血管内注射）。每 2~3 日 1 次，3 次为 1 个疗程，同一穴位不宜连续反复注射，宜轮换取穴。

禁忌症：中药注射液成分过敏者、局部皮肤破损感染、凝血功能障碍、严重心肺疾病急性期、咽喉部恶性肿瘤、孕妇。

7.5 针灸疗法（共识建议，共识度：100%）

7.5.1 针刺：

主穴取合谷、足三里、照海，余辨证取穴：

- 1) 肺肾阴虚：尺泽、列缺、曲池；
- 2) 脾胃虚弱：中脘、太白、丰隆、阴陵泉；
- 3) 脾肾阳虚：气海、关元、太白、太溪；
- 4) 痰凝血瘀：丰隆、阴陵泉、三阴交、太冲。

隔日 1 次，4 次为一疗程；每次主穴、配穴各取 1~2 穴，根据辨证采用补泻手法，进针约 1-1.5 寸，留针 20 分钟

7.5.2 耳针：

选咽喉、肺、脾、肾、心、扁桃体、内分泌等穴位，埋针或以王不留行籽压贴，隔 3 日 1 次，3 次为一疗程。

7.5.3 灸法：

用于体质虚弱者，辨证取穴如下：

- 1) 肺肾阴虚：肺俞、膏肓、肾俞；
- 2) 脾胃虚弱：中脘、脾俞、肾俞；
- 3) 脾肾阳虚：中脘、关元、命门、太溪穴；
- 4) 痰凝血瘀：血海、丰隆、阴陵泉、太冲穴。

可依据辨证每次选取 2~3 穴隔姜灸，局部透热为度，隔日 1 次，4 次为一疗程；每次 15 分钟。

隔姜灸是中医外治中温通经络、散寒利咽、扶正祛邪的常用方法，适用于慢性咽炎（辨证属阳虚、寒湿、气虚型），通过生姜的温阳散寒、温中止呕作用，结合艾灸的温热刺激，作用于特定穴位，缓解咽部不适。操作需严格遵循规范，注重无菌、安全，避免烫伤、感染等并发症。

8. 预防与调护

- 8.1 少食煎炒和辛辣刺激性食物，戒烟酒。
- 8.2 减少或避免长时过度用声。
- 8.3 改善工作和生活环境，避免粉尘和有害气体刺激。
- 8.4 多食富有营养和具有清润作用的食物，改善消化功能，保持大便通畅。
- 8.5 积极治疗急喉痹或邻近器官（鼻、口腔、牙齿等）疾病，以防诱发。

9. 自我管理指导

9.1 饮食调整

9.1.1 宜食

宜食下列食物：

- 1) 清淡、滋润食物
- 2) 温凉性蔬果
- 3) 充足水分：每日饮水 1.5~2L（少量多次，含服缓咽）

9.1.2 忌食

忌食下列食物：

- 1) 辛辣刺激
- 2) 燥热食物
- 3) 过冷过热：冰饮、烫食等

9.2 环境优化

9.2.1 湿度控制：室内湿度保持 50%~60%左右。

9.2.2 减少刺激：避免粉尘、烟雾，雾霾天外出佩戴防护口罩。

9.3 用嗓习惯：避免长时间大声说话或清嗓（职业用嗓者建议每 1 小时休息 5 分钟）；学习腹式呼吸，减少声带紧张。

9.4 情绪与作息管理

9.4.1 避免焦虑、紧张情。

9.4.2 练习深呼吸或冥想。

9.4.3 睡眠建议枕头垫高 15cm，减少胃酸反流刺激咽喉。

9.4.4 保证充足睡眠，避免熬夜。

9.5 病情监测与就医提示

9.5.1 症状日记记录每日症状（如干燥、疼痛、痰量）及诱因（如饮食、用嗓）。

9.5.2 需及时就医的情况：咽痛加重伴发热（警惕急性感染）；吞咽困难或痰中带血（排除肿瘤可能）；症状持续 3 周无改善。

9.6 长期预防措施

9.6.1 治疗基础疾病控制胃食管反流（晚餐少食、睡前 3 小时禁食等）。

9.6.2 积极治疗鼻炎/鼻窦炎（减少分泌物倒流刺激）。

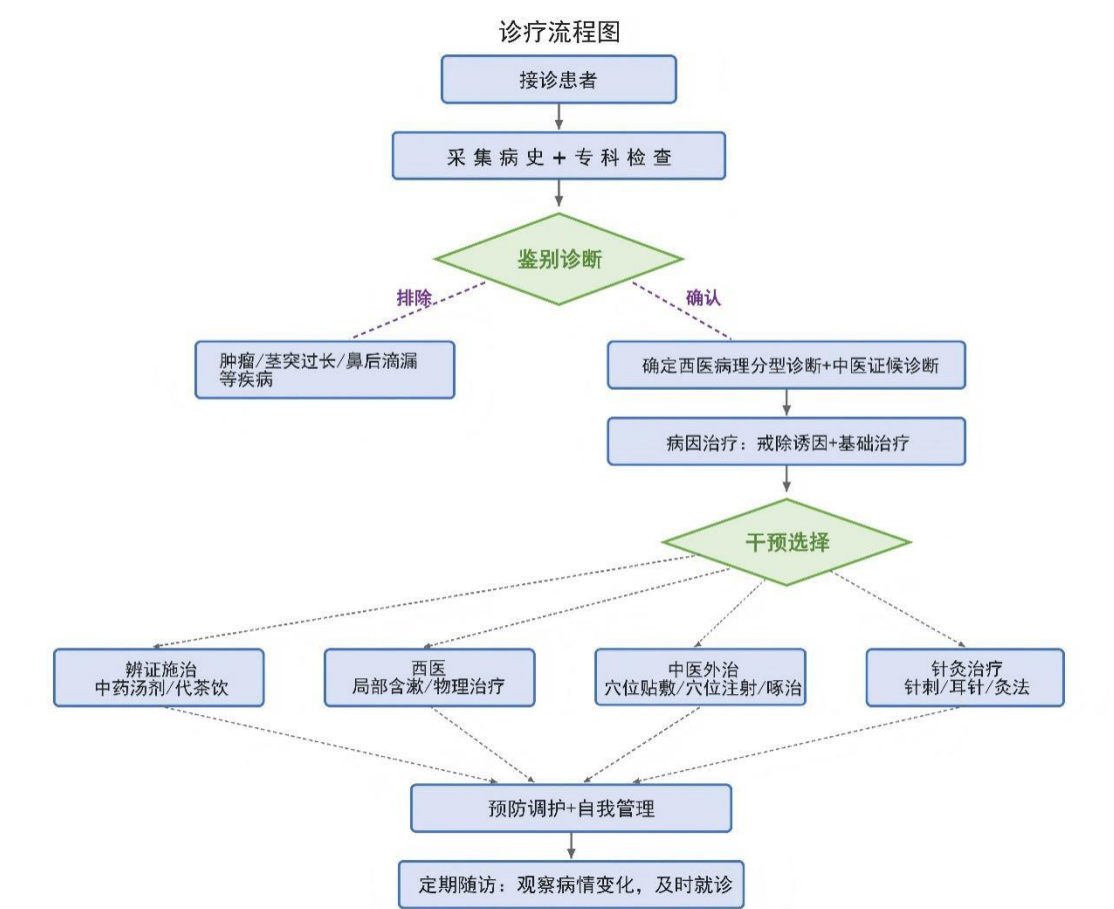
9.6.3 增强免疫力：适度运动（如八段锦、快走等）。

9.6.4 补充维生素 C（柑橘类水果）或锌（牡蛎、南瓜子等）。

慢性咽炎中西医结合诊断对照表

慢性咽炎（喉痹）西医病理分型 ↔ 中医证候对照总表						
西医病理分型	核心病理变化	典型症状表现	高度匹配中医证候	匹配度说明	次要匹配中医证候	备注
慢性单纯性咽炎	咽黏膜慢性充血，黏膜下结缔组织、淋巴组织增生。 血管周围淋巴细胞浸润，腺体肥大，黏液分泌增多	咽部轻微异物感、少量黏液附着，咽干较轻，偶尔痰多，无明显肥厚/萎缩	脾胃虚弱证	匹配度最高，脾胃虚弱则津液不能上承，咽部黏液清涎黏附，痰多后不加重，咽干不重，与单纯性咽炎轻重表现高度契合	轻度肺肾阴虚证	单纯性咽炎早期，轻微咽干、少量黏痰，可见阴虚表现
慢性肥厚性咽炎	咽黏膜慢性充血、肥厚，黏膜下广泛结缔组织与淋巴组织增生，咽后壁淋巴滤泡增生隆起，严重可融合成片；咽侧索增生肥厚呈条索状突起	异物感显著，总觉得咽部异物感，咽后壁颗粒隆起，反复清嗓子，痰黏难咯	痰凝血瘀证	匹配度最高，痰凝+经瘀血阻，直接对应淋巴滤泡增生、组织肥厚、咽部异物梗阳感、痰涎停滞、久病入络呈肥厚型的核心病机	兼证（阴虚、脾虚）	临床多为复合证，可见阴虚、脾虚
慢性萎缩性咽炎（干燥性咽炎）	黏液腺分泌减少，黏膜先干燥粗糙，后续逐步萎缩变薄； 黏膜下层炎症纤维化，压迫腺体与血管，黏膜供血变差；咽后壁常附着干痂，部分伴有异味	明显咽干，黏膜干燥、干痛、感，咽部疼痛	肺肾阴虚证	匹配度最高，阴液亏虚则咽喉失濡养，虚火上灼黏膜，腺体萎缩，津液不足与阴虚不能濡润的病机、症状高度对应	脾胃阳虚证（少见）	阳虚不能布津也可出现黏膜干燥，但多伴畏寒、咽部发凉、无虚火灼热，需与阴虚干燥区分

慢性咽炎中西医结合诊疗流程图



附录 A

（资料性）

标准制定说明

1. 项目组成员及职责

本文件由北京中医药大学东方医院发起，并全程负责文件制定等所有相关工作，分别建立了指导委员会、证据小组与专家共识小组。同时联合天津中医药大学第一附属医院、江西中医药大学附属医院、首都医科大学附属北京友谊医院、山东中医药大学附属医院、北京中医药大学东直门医院、广州中医药大学第一附属医院、北京中医药大学房山中医院、新疆昌吉州中医医院、重庆市永川区中医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院眼科医院、上海中医药大学附属市中医院、深圳市中医院（广州中医药大学第四临床医学院）、北京航天总医院、辽宁中医药大学附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、成都中医药大学附属医院、云南省中医院、中国中医科学院西苑医院、河北省中医院、中国中医科学院望京医院、首都医科大学佑安医院、山西省中医药大学附属医院、南京军区总医院、天津市人民医院、黑龙江中医药大学附属医院等多家单位参与，参与成员包括中医、西医、中西医结合、循证医学等多学科专家，为本文件制定提供指导。

2. 利益冲突声明

起草组成员均不存在本文件相关的利益冲突。所有参与的专家均已签订《利益冲突声明表》，声明其本人没有和本文件主题相关的任何商业、专业或其他方面的利益，以及所有可能被本文件成果影响的利益。

3. 证据检索及证据质量评级

根据纳入的临床问题及结局指标，遵循 PICO（Population, Intervention, Control, Outcome）原则对具体临床问题进行证据检索。选取中国知网数据库（CNKI）、万方数据知识服务平台（Wanfang Data）、维普科技期刊数据库（VIP）、中国生物医学文献服务系统（CBM）、Cochrane library 及 PubMed 等数据库；纳入随机对照试验（Randomized Controlled Trial, RCT）；检索时间截止至 2023 年 8 月 31 日。本文件采用 GRADE 评价体系，对符合纳入标准的文献进行文献质量评价，对其进行证据分级。GRADE 系统证据质量分级见表 A.1。

表 A.1 GRADE 系统证据质量分级

证据质量级	具体描述
高（A）	非常确信观察值接近真实值，进一步研究不大可能改变该观察值的可信度
中（B）	对观察值有中等强度信息，真实值有可能接近观察值，但仍存在两者不同的可能性，进一步研究可能改变观察值的可信度，且可能改变该观察值的结果
低（C）	对观察值的确信程度有限，真实值可能与观察值差别很大，进一步研究极有可能改变观察值的可信度，且很有可能改变该观察值的结果
极低（D）	对观察值几乎没有信息，真实值很可能与观察值不同，真实值可能与观察值有很大差别，观察值的结果很不确定

依据纳入研究的一致性、精确性、局限性等因素，对初始证据等级进行调整，本项目中 GRADE 评价降级因素为以下几种情况：由于原始研究存在一定程度的选择性偏倚和未知的信息偏倚风险，同时研究间异质性较为明显，小样本量效应等使得研究结果的真实性受到影响。

本项目采用推荐意见分级的评估、制订及评价(GRADE)方法对证据体和推荐意见进行分级，对阳性结果按照临床问题分类填写入推荐意见投票单；对于证据较少或不充分的临床问题形成共识建议填入共识建议投票单。

4. 形成推荐意见

证据质量仅是决定推荐意见强度的一个因素，还需考虑干预措施的利弊、患者偏好与价值观以及经济学因素。工作组从系统评价文献中提取干预措施的利弊平衡数据，通过问卷调查获取患者偏好与价值观数据，利用网络信息平台获取各干预措施的相关经济学因素。在上述工作基础上，邀请专家结合证据质量、干预措施的利弊、患者偏好与价值观及经济学因素，根据 GRADE 网络计票规则，通过专家共识形成推荐意见。

GRADE 网络计票规则：除了“无明确推荐/中立”格以外的任何 1 格票数超过 50%，则可直接确定推荐方向及强度。

GRADE 将推荐意见分为两级，反映推荐的确定性和适用性：

推荐强度	含义	适用场景
强推荐	明确利大于弊或弊大于利，多数患者/医生应采纳	高质量证据支持，且益处显著 低质量证据但利弊悬殊
弱推荐	利弊接近或不确定，需个体化决策	证据质量低或极低。 患者价值观差异大

5. 形成共识意见

采用 GRADE 网格计票规则：除了“利弊相当或不确定”格以外的任何 1 格，票数超过 50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“利弊相当或不确定”格某一侧两格总票数超过 70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”；其余情况视为未达成共识，共识推荐进入下一轮投票，投票不超过 3 轮。“推荐”采用多数计票规则，若“中立”栏以外任意一栏的票数超过 50%，则视为达成，并确定建议强度和方向；其余情况视为未达成共识，共识建议进入下一轮投票，投票不超过 3 轮。

GRADE 网格

干预措施的 利弊平衡	明显利大于 弊	可能利大于 弊	利弊相当或 不确定	可能弊大于 利	明显弊大于 利
推荐意见	强：一定做	弱：可能做	无明确推荐 意见	弱：可能不 做	强：一定不 做

6. 撰写及送审

起草组基于前期工作撰写草案，经专家意见征询后的送审稿提交中华中医药学会复审，进一步公开征求意见。