

ICS **, ***, **
C**

T/CACM ****—20**



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

急喉痹中医诊疗指南

Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute Laryngitis in Traditional
Chinese Medicine

(文件类型：公示稿)
(完成时间：20**年*月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

目 次.....	II
前 言.....	I
引 言.....	II
急喉痹中医诊疗指南.....	3
1 范围.....	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 诊断.....	3
5 辨证.....	4
6 治疗.....	4
7 预防与调护.....	7
附 录 A.....	8
A.1 临床证据检索方法.....	8
A.2 文献筛选和数据提取.....	8
A.3 文献纳入排除标准.....	8
A.4 证据综合.....	8
A.5 证据评价.....	9
参 考 文 献.....	11

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。

本文件由云南中医药大学第一附属医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本指南修订内容如下：

- 增加了范围部分（见1）；
- 增加了术语和定义（见2）；
- 增加了病史（见3.1）；
- 增加了局部症状（见3.2.1）；
- 增加了全身症状（见3.2.2）；
- 增加了体征（见3.2.3）；
- 更改了鉴别诊断（见3.3）；
- 更改了外感风热证的中医辨证（见4.1）；
- 更改了肺胃热盛证的中医辨证（见4.3）；
- 更改了治疗原则（见5.1）；
- 更改了外感风热证的常用药（见5.2.1）；
- 更改了肺胃热盛证的常用药（见5.2.3）；
- 增加了中成药治疗（见5.3）；
- 增加、修改了药物外治法（见5.4）；
- 增加、修改了针灸疗法（见5.5）；

本文件起草单位：云南中医药大学第一附属医院、云南中医药大学、北京中医药大学东方医院、上海市中医院、中国中医科学院西苑医院、上海交通大学医学院附属第一人民医院、成都中医药大学附属医院、广州中医药大学第一附属医院、江苏省中医院重庆医院（重庆市永川区中医院）、湖北省中医院、深圳市中医院、广东省中医院、昆明市中医院、辽宁中医药大学附属医院、云南省老干部医院、西山区马街社区卫生服务中心、河南省中医院、云南省滇东北区域中心医院、江西中医药大学附属医院、上海市浦东新区公利医院。

本文件讨论专家（按姓氏笔画排序）：王艺、王嘉玺、王丽华、毛得宏、邓可斌、刘大新、刘静、刘元献、刘源、闫随刚、孙臻峰、阮岩、冷辉、李玲珑、张玲、张锋、杨谋、何伟平、吴敏曼、周立、赵子发、施志强、柴峰、陶波、郭裕、郭兆刚、黄水仙、蒋路云、谭凌翔、魏成忠

引 言

《急喉痹中医诊疗指南》的编写目的在于规范急喉痹的中医临床诊断、治疗，为临床医师提供常见病中医标准化处理的策略与方法，促进中医临床诊疗和科研水平的提高。本文件简明实用，可操作性强，符合医疗法规和法律要求，具有指导性、普遍性和可参照性。可作为临床实践、诊断规范和质量评价的重要参考依据。

急喉痹指以发病急骤、咽痛、咽黏膜充血肿胀为特征的疾病。本病为耳鼻喉科常见多发病，可发生于各年龄段，病程短，可反复发作。喉痹一词，首见于长沙马王堆帛书《阴阳十一脉灸经》，《内经》多次论述了喉痹，《素问·阴阳别论》：“一阴一阳结，谓之喉痹。”历代医家对喉痹的认识不尽一致，其包括范围甚广，与本节所论喉痹的含义不尽相同。西医学的急性咽炎可参考本病进行辨证治疗。

本文件是在充分搜集和整理文献证据以及不断征求行业内知名专家意见的基础上编制而成，对原有指南进行了补充和完善。相信随着科研的进展、临床的应用，本文件会不断得到修订、补充。

在本文件形成推荐治疗方案的过程中，工作组成员及参与论证的有关专家通过医保政策、临床经验、随访调研等，考虑了患者及其家属的观点和选择意愿，兼顾有效性、安全性和经济性。

本文件通过审评后，将通过发布会、指南应用推广培训班、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。由指南工作组通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现更新。参与本文件项目的所有成员声明：他们与其他任何组织或个人无利益冲突。

急喉痹中医诊疗指南

1 范围

本文件提出了急喉痹的诊断、辨证和治疗。

本文件适用于各等级卫生医疗机构的中医耳鼻喉科、中西医结合耳鼻咽喉科、耳鼻咽喉头颈外科，中医内科，中西医结合内科，全科医学科，急诊医学科相关的执业医师及护理人员和药师的临床诊治。

本文件不适用于儿童、孕妇等特殊人群。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范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；不注日期的文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 16751.3-2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

喉痹 Pharyngitis^[1]

定义：以咽部红肿疼痛或异物梗阻不适感、喉底或有颗粒状突起为主要特征的疾病。

3.2

急喉痹 Acute Pharyngitis, etc.^[2-3]

定义：指以发病急骤、咽痛、咽黏膜充血肿胀为特征的疾病。

注：西医学的“急性咽炎”可参考本病。

注：本病还有“咽痹”“红喉”“咽燥”“咽痛”“咽肿”“咽痛”“松子风”“鱼口风”等名称表述。

4 诊断^[1,4]

4.1

病史

可有感冒病史、熬夜史；或处于低温、高温、粉尘环境过久；过食辛辣食物史以及过度疲劳等。

4.2

证候

4.2.1

局部症状

起病急，咽痛、咽部灼热、咽部干燥感、咽异物感、咽痒感，病情重者有吞咽困难，疼痛明显时放射至耳部。

4.2.2

全身症状

可伴有恶寒、发热、头痛、四肢酸痛、食欲不振等。

4.2.3

体征

咽部黏膜呈急性弥漫性充血、悬雍垂、咽侧索充血肿胀，咽后壁淋巴滤泡红肿。

4.3

鉴别诊断

4.3.1

急乳蛾

急乳蛾与急喉痹均有咽痛，急乳蛾可见扁桃体红肿，表面有黄白脓点；急喉痹以咽黏膜肿胀充血为主。

4.3.2

急喉风

急喉风起病急骤，除咽痛、吞咽痛外，咽喉异物感明显，甚或吞咽困难、呼吸困难。检查可见会厌或喉腔黏膜充血、肿胀。急喉痹以咽痛、咽黏膜肿胀为主。

5 辨证（专家共识推荐）

5.1

外感风热证^[5-6]

主要症状：咽痛，咽干灼热、咽痒感。

次要症状：发热、头痛，咳嗽痰黄。咽黏膜色鲜红而肿。舌边或尖红，苔薄黄，脉浮数。

5.2

外感风寒证

主要症状：咽痛。

次要症状：口不渴，恶寒，头痛，咳嗽痰稀，咽黏膜色淡红而肿。舌质淡红，苔薄白，脉浮紧。

5.3 肺胃热盛证^[6]

主要症状：咽痛较剧、咽异物感，口渴多饮，吞咽困难。

次要症状：咳嗽咳痰，便秘尿赤。咽黏膜红肿，咽后壁淋巴滤泡肿胀或颌下淋巴结肿大。舌红，苔黄，脉洪数。

6 治疗

6.1

治疗原则

急喉痹多以实证为主，病机多为外邪侵袭，火毒上攻，治疗以祛邪利咽、消肿止痛为原则。

6.2

分证论治（专家共识推荐）

6.2.1

外感风热证^[7]

治法：疏风清热

主方：疏风清热汤（《中医喉科学讲义》）加减

常用药物：荆芥、防风、金银花、连翘、黄芩、赤芍、玄参、浙贝母、天花粉、桑白皮、牛蒡子、桔梗、甘草。

加减：若口渴者可加芦根、淡竹叶；咳嗽多者，可加苏叶、杏仁、前胡；若鼻塞、流涕者，可加苍耳子、辛夷、白芷；声音嘶哑，可加僵蚕、野菊花。

6.2.2

外感风寒证

治法：疏风散寒

主方：六味汤（《喉科秘旨》）加减

常用药物：荆芥、防风、僵蚕、薄荷、桔梗、甘草

加减：若咳痰多者，可加苏叶、杏仁、前胡；若鼻塞、流涕者，可加苍耳子、辛夷、白芷。

6.2.3

肺胃热盛证^[8-9]

治法：清热利咽。

主方：清咽利膈汤（《外科正宗》）加减。

常用药：荆芥，防风，薄荷，金银花，连翘，栀子，黄芩，黄连，桔梗，甘草，牛蒡子，玄参，生大黄，玄明粉。

加减：咽烧灼感、咽痛感强，加射干、紫花地丁；声音嘶哑伴咳嗽舌红光剥者，加僵蚕、蝉蜕、生石膏（先煎）、青果；口渴伤阴者，加葛根、生地、玄参。

6.3

中成药

临床问题1：在急喉痹患者中，采用中成药治疗或在常规西医治疗的基础上加用中成药治疗，与常规西医治疗相比，是否具有疗效优势？

6.3.1

外感风热证

推荐中成药：咽痛、咽部灼热较甚者可予金嗓开音胶囊（C），咽部黏膜充血、干燥较甚者可予甘桔冰梅片（C），咽痛、吞咽不利较甚者可予舒咽清喷雾剂（共识推荐），偏外感者可予百蕊片（胶囊、颗粒）（共识推荐）。

证据描述：纳入1项金嗓开音胶囊治疗急喉痹的RCT^[10]。涉及82例急喉痹患者，研究结果显示：①金嗓开音胶囊（联合常规疗法）与常规疗法相比，可显著提高急喉痹患者的总有效率，并显著改善咽痛、咽部干燥灼热、咳嗽、发热和头痛等临床症状。②可降低炎症相关指标，包括hs-CRP、IL-1β、IL-6和TNF-α。在不良反应方面，两组差异无统计学意义。

纳入2项甘桔冰梅片治疗急喉痹的RCTs^[11-12]。涉及332例急喉痹患者，研究结果显示：

①甘桔冰梅片（联合常规疗法）与常规疗法或安慰剂相比，可显著提高急喉痹患者的总有效率，降低咽痛评分、咽部黏膜充血评分、咽部干燥评分、咽部灼热感评分及咳嗽评分。②可降低hs-CRP、IL-1β、IL-6和TNF-α。在安全性方面，不良反应的发生率差异无统计学意义。

6.3.2

肺胃热盛证

推荐中成药：偏咽痛者，可给予喉咽清颗粒（口服液）（C）；偏肺热者，可给予六神丸（B）；偏实热者可给予蓝芩口服液（B）。

证据描述：共纳入8项喉咽清颗粒（口服液）治疗急喉痹的RCTs^[13-16]进行证据综合，包括5项喉咽清颗粒和3项喉咽清口服液。研究结果显示：①喉咽清颗粒或口服液（联合常规疗法）与常规疗法相比，可显著提高急喉痹患者的总有效率，促进炎症因子水平降低，包括hs-CRP、CRP、IL-1β、IL-6、IL-8、IL-4、IL-10、TNF-α、SIgA，在免疫功能方面，升高CD4+、CD3+降低CD8+并升高CD4+/CD8+比值，有效改善呼吸道黏膜受炎症影响的状况，不良反应发生率差异无统计学意义。②改善患者咽痛、扁桃体肿大/充血、咽黏膜充血等症状VAS评分降低。

纳入1项六神丸治疗急喉痹的RCT^[17]。涉及240例急喉痹患者，研究结果显示：与安慰剂相比，采用六神丸可显著提高急喉痹患者的总有效率，并能降低咽痛VAS评分，中医临床症状总积分明显下降，不良反应发生率差异无统计学意义。

共纳入3项蓝芩口服液治疗急喉痹的RCTs^[18-19]。①涉及86例急喉痹患者，研究结果显示：对于肺胃热盛的急喉痹患者，在常规抗生素治疗基础上联合蓝芩口服液治疗，可有效减轻患者临床症状及体征，又可有效调节机体免疫功能，如降低TNF- α 水平、升高IL-2水平，提示其可有效抑制炎症因子的表达。不良反应发生率差异无统计学意义。②在常规抗生素治疗基础上，增加使用蓝芩口服液，研究结果显示，治疗后明显提高总有效率，降低CRP水平，不良反应发生率差异无统计学意义。

6.3

中医外治法

临床问题2：在急喉痹患者中，采用中医非药物疗法或在常规西医治疗的基础上加用中医非药物疗法，与常规西医治疗相比，是否具有疗效优势？

6.3.1

共识意见：

对于急喉痹患者，可基于中医辨证给予吹药治疗，将中药制成粉剂，直接吹喷于咽喉患处，以清热止痛利咽。

方法：选用清热解毒、利咽消肿的中药粉剂或中成药喷雾剂，吹于（喷于）患处，每日数次。

证据描述：吹药法，始由古代医家华佗所创，意指选用指定功效药材，研磨成极细的粉末，借助一定工具，将药物吹于咽部患处。后世历代医家也依此创制了各类吹药方以治疗喉痹，如《重楼玉钥》中的回生丹（冰硼散）、《万病回春》的清凉散、吹喉散等。随着现代医疗技术和工艺不断提高，现在临床逐渐使用喷雾剂，其可使药物直接到达咽喉。

纳入1项含服治疗相关RCT^[20]进行证据综合，涉及240例急喉痹患者，结果显示：吹药治疗能有效改善咽痛、咽干灼热及咽黏痰感、咽痒感等临床症状，且用药期间具有较高的安全性。

6.3.2

推荐意见

对于急喉痹患者，含服治疗（如咽立爽口含滴丸等）可以提高其临床疗效，显著提高总有效率，缩短咽痛缓解时间、声音嘶哑缓解时间、咽痒缓解时间和咽部水肿缓解时间，并降低CRP、白细胞及中性粒细胞百分比。（B）

方法：根据患者病情选用利咽消肿的中成药，按照说明书含服。

证据描述：纳入4项含服治疗相关RCTs^[21-23]进行证据综合，涉及724例急喉痹患者。结果显示：①含服咽喉清口含片、清开灵滴丸、咽立爽口含滴丸、清咽滴丸四种药物含服治疗急喉痹，可显著提高患者的临床疗效，缩短咽痛缓解时间、声音嘶哑缓解时间、咽痒缓解时间和咽部水肿缓解时间；②降低CRP、白细胞及中性粒细胞百分比。

6.3.3

推荐意见

对于急喉痹患者，穴位贴敷治疗可以提高其临床疗效，改善咽痛评分和咽黏膜充血评分，减轻咽干、头痛、全身酸痛、发热。

方法：根据证型选用清热解毒、消肿利咽的中药贴敷穴位（可参考针灸选穴），1次/日。

证据描述：共纳入1项穴位贴敷治疗急喉痹的RCTs^[24]，涉及60例急喉痹患者。研究结果显示：治疗组为穴位贴敷（30例患者，贴敷方由栀子、杏仁、连翘、全蝎、黄连、升麻、牡丹皮等药组成，贴敷穴位为天突穴、扁桃体穴和涌泉穴），对照组为普通针刺（30例患者，针刺穴位为天容、内庭、太溪、照海、列

缺、鱼际)。研究结果显示,治疗组可以显著提高急喉痹患者的总有效率,改善咽痛评分和咽黏膜充血评分;两组咽干、头痛、全身酸痛、发热均较治疗前有所改善。

6.3.4

推荐意见

对于急喉痹患者,可基于中医辨证予刺血治疗,可显著提高患者的总有效率,缩短咽痛缓解时间、咽部红肿消失时间、分泌物减少时间,并减少不良事件发生。(C)

方法:可选择耳尖、耳背、十宣穴、手太阴肺经井穴少商、手阳明大肠经井穴商阳或十二经脉的井穴等穴位,根据病情1—数次/日。

证据描述:共纳入7项刺血治疗急喉痹的RCTs^[25-31],涉及666例急喉痹患者。研究结果显示:刺血(联合常规疗法)与常规疗法相比,可显著提高急喉痹患者的总有效率,缩短咽痛缓解时间、咽部红肿消失时间、分泌物减少时间,并降低CRP和TNF- α ;在不良反应方面无统计学意义。

6.3.5

推荐意见

对于急喉痹患者,可基于中医辨证予体针治疗,选取合谷穴、内庭穴、曲池穴、肺俞穴、太溪穴、照海穴、风府穴、足三里穴、尺泽穴、内关穴、复溜穴、列缺穴、三阴交穴、咽阿是穴、上廉泉穴、天容穴、外关穴、少商穴、内庭穴、咽痛穴,可显著提高急喉痹患者的总有效率,缩短咽痛缓解时间和咽部红肿消失时间。(C)

方法:适当选取上述穴位,施以泻法,每日1次。

证据描述:纳入5项RCT^[32-35]研究进行证据综合,涉及410例急喉痹患者。结果显示,体针治疗选取咽阿是穴、上廉泉穴、合谷穴、天容穴、尺泽穴、列缺穴、外关穴、合谷穴、照海穴、少商穴、内庭穴、足三里穴、咽痛穴(联合常规疗法)与常规疗法或安慰针刺相比,可显著提高急喉痹患者的总有效率,降低咽痛评分、咽部黏膜充血评分、咽部干燥评分,缩短咽痛缓解时间和咽部红肿消失时间,并降低白细胞和MMP9。此外,电针还可减少不良反应发生。

6.3.6

共识建议

对于急喉痹患者,在药物治疗或非药物治疗的基础上给予耳针治疗,可提高急喉痹患者治疗效果。

建议说明:中医学认为,耳与经络具有密切关系,采用耳穴刺激治疗疾病历史悠久,其中耳针作为以中医耳穴理论为指导的一种治疗方式,疗效好,不良反应少,易被患者接受。耳针治疗过程中,选择咽喉穴、肺穴、肝穴、脾穴等耳穴,是治疗急喉痹的常用耳穴,直接对应咽喉等部位,可疏风解热、调节肺气,缓解咽喉疼痛、肿胀,减轻咳嗽、咽干等症状。方法:包括刺血法、耳穴压豆、毫针治疗、埋针法。

7 预防与调护

- 1.饮食调护(清淡饮食、忌辛辣等)
- 2.生活起居(充足睡眠、避免熬夜等)
- 3.情志调摄(避免焦虑、保持心情舒畅)
- 4.环境防护(避免粉尘、烟雾刺激)

附录 A

(资料性)

A.1 临床证据检索方法

以“急喉痹”“急性咽炎”“治疗”“中医药”等作为检索词组合，计算机检索中国知网数据库（China national knowledge infrastructure database, CNKI）、万方数据库、重庆维普中文科技期刊数据库（Chongqing VIP Chinese Science and Technology Periodical Database, VIP）、中国生物医学文献数据库（SinoMed）。外文数据库包括：PubMed、The Cochrane Library等数据库，收集有关急喉痹相关的系统评价、Meta分析和随机对照试验（randomized controlled trial, RCT）。检索的起止日期为各个数据库建库到2025年7月20日。

A.2 文献筛选和数据提取

根据纳入与排除标准，由2名研究人员独立筛选文献和资料提取，并记录文献筛选的详细过程。若遇分歧则由第3名研究人员核定。①初筛，根据检出引文信息，如题目、摘要筛除明显不合格的文献，对肯定或不能肯定的文献应查出全文再进行筛选。②阅读全文，对可能合格的文献资料，逐一阅读和分析，以确定是否合格，按照制定的文献纳入及排除标准进行筛选。

A.3 文献纳入排除标准

A.3.1

纳入标准

①研究类型：系统评价或meta分析、随机对照试验。如果有相关系统评价或meta分析，首先评价系统评价或meta分析的相关性、时效性和质量。比较系统评价或meta分析和确定指南范围时形成的PICO问题，以评价其相关性。若有最近两年内制定的高质量系统评价，则直接纳入系统评价，不再纳入RCT。如果系统评价或meta分析的发表年份距今间隔在两年以上、质量较高且无新的相关原始研究发表，那么直接纳入系统评价，不再纳入RCT。当无相关系统评价或meta分析时，首选纳入RCT。

②研究对象：急性咽炎（急喉痹）患者。

③试验组干预措施：单一中医疗法，或单一中医疗法联合西医常规治疗。中医疗法包括中成药（百蕊片/胶囊/颗粒、甘桔冰梅片、舒咽清喷雾剂、金嗓开音胶囊、鼻咽灵片、喉咽清颗粒/口服液、六神胶囊/丸、蓝芩口服液）、中药外治（吹药、含服、含漱、中药雾化吸入、穴位贴敷）、针灸（刺血法、体针、揸针、耳针）。

④对照组干预措施：安慰剂、安慰针，或最新版指南中推荐的治疗药物及方法，例如布地奈德、阿莫西林、头孢呋辛酯等。

⑤结局指标：至少包括以下结局指标之一，痊愈率、总有效率、咽痛缓解时间、中医证候积分、安全性结局等。

A.3.1

排除标准

①干预措施为自拟方剂或院内制剂。

②数据不全、严重怀疑数据存在错误，或逻辑混乱不通以及违背临床常规的研究。

③重复发表或不能获取全文的文献。

A.4 证据综合

采用 RevMan 软件对数据进行分析。二分类变量采用相对危险度（RR）表示；连续性变量采用均数差（MD）表示，计量单位不一致采用标准化均数差（SMD）表示，并计算其 95%可信区间（CI）。首先进行异质性检验，若各研究间异质性不明显（I2≤50%，P>0.1），选择固定效应模型分析；若存在明显异质性（I2>50%，P≤0.1），则采用随机效应模型合并分析。

A.5 证据评价

采用GRAGE（推荐分级的评估、制定与评价）方法评价证据体的质量，详见表A.1和表A.2。

表A.1 GRADE系统证据质量分级

质量级别	当前定义	研究类型	表达符号
高（A）	非常确信真实的效应直接进行效应估计	RCT、质量升高二级的观察性研究	⊕⊕⊕⊕/A
中（B）	对效应估计值，我们有中等程度的信心，真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大小不同的可能性	质量降低一级的RCT、质量升高二级的观察性研究	⊕⊕⊕○/B
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小不同	质量降低二级的RCT文献、观察性研究	⊕⊕○○/C
极低（D）	对效应估计值几乎没有信心，真实值很可能与估计值大小不同	质量降低三级的RCT文献，质量降低一级的观察性文献，个案报道	⊕○○○/D

表A.2 影响GRADE证据质量降级和升级的因素

降级/升级因素	评分方法
可能降低证据质量的因素	
1.研究的局限性	
严重	减1分
极其严重	减2分
2.研究结果不一致	
严重	减1分
极其严重	减2分
3.不能确定是否为直接证据	
严重	减1分
极其严重	减2分
4.精确度不够或可信区间较宽	
严重	减1分
极其严重	减2分
5.存在发表偏倚	
严重	减1分
极其严重	减2分
可能提高证据质量的因素	
1.效应值	
大：2个或2个以上研究的证据一致显示RR>2或RR<0.5，且几乎无混杂因素	加1分
很大：直接证据显示RR>5或RR<0.2，且不影响其真实性	加2分
2.可能的混杂因素会降低疗效	加1分
3.剂量—效应关系会降低疗效	加1分

参 考 文 献

- [1]刘蓬等. 中医耳鼻咽喉科学教材[M]. 第5版. 北京. 中国中医药出版社. 2021:124-128.
- [2]急喉痹的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94) [J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(12):193.
- [3]张霞, 谢雁鸣, 李光熙, 等. 中医药治疗急性咽炎的优势与问题探讨[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(19):3819-3825.
- [4]田道法, 李云英. 中西医结合耳鼻咽喉科学教材[M]. 第十版. 北京. 中国中医药出版社. 2016:128-130.
- [5]中华中医药学会. 中医耳鼻喉科常见病诊疗指南[S]. 北京:中国中医药出版社, 2012.
- [6]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
- [7]唐英, 柏杉, 李晓旭, 等. 加减疏风清热汤治疗急喉痹(风热型)60例的临床观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2015, 23(01):58-60.
- [8]黄冠凤. 清咽利膈汤治疗急性咽炎的临床效果观察. [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(84):208-209.
- [9]范新华, 袁敏芳, 李国华, 亢婷婷, 李佩玲, 谢强. 盱江谢氏刺营微创疗法 结合清咽利膈汤治疗肺胃蕴热型急喉痹: 随机对照试验[J/OL]. 中国针灸.
- [10]杨中元, 时文杰, 张伟. 金嗓开音胶囊联合头孢他美酯治疗急性咽炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(7):1442-1445.
- [11]孙铭涓, 黄春江, 李云英, 等. 甘桔冰梅片治疗风热犯肺型急性咽炎多中心随机对照研究[J]. 中医杂志, 2017, 58(1):38-41.
- [12]徐红霞, 邹广华, 张新日. 西吡氯铵含片联合中成药治疗急性咽炎的临床观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 34(8):755-757.
- [13]江青山, 李淑燕. 喉咽清口服液治疗急性咽炎的临床疗效观察[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2023, 7(23):92-95.
- [14]王超, 姚文文. 喉咽清颗粒联合双歧杆菌三联活菌散对肺胃实热型急性咽炎伴便秘患儿便秘的影响[J]. 吉林医学, 2025, 46(2):437-440.
- [15]陈炼杰, 陈伟. 喉咽清颗粒治疗急性咽炎肺胃实热证的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2024, 19(12):134-137.

- [16] 吉琳, 张浩鹏, 曹凯峰, 等. 喉咽清颗粒治疗肺胃实热型急喉痹的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2024, 32(3): 205-208.
- [17] 朱国琴, 薛艳清, 李松林. 六神丸治疗急性咽炎的临床研究[J]. 中国医药科学, 2015(3): 83-85, 93.
- [18] 化莉. 蓝芩口服液联合阿莫西林克拉维酸钾治疗急性咽炎的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(14): 73-74.
- [19] 江晓燕. 蓝芩口服液联合头孢克肟颗粒治疗小儿急性咽炎的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(15): 2237-2238, 2241.
- [20] 戴东, 李雅静, 张杰. 舒咽清喷雾剂治疗放化疗后急慢性咽炎临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2018, 4: 142-145.
- [21] 毕丹, 蒋睿果. 甘桔冰梅片联合头孢他美酯治疗急性咽炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(4): 1129-1132.
- [22] 孙铭涓, 黄春江, 李云英, 等. 甘桔冰梅片治疗风热犯肺型急性咽炎多中心随机对照研究[J]. 中医杂志, 2017, 58(1): 38-41.
- [23] 徐红霞, 邹广华, 张新日. 西吡氯铵含片联合中成药治疗急性咽炎的临床观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 34(8): 755-757.
- [24] 王莹. “咽痛贴”穴位贴敷治疗急性单纯性咽炎的临床疗效观察[D]. 山东中医药大学, 2023.
- [25] 刘蕊. 耳尖、少商穴位放血治疗急性咽炎的临床疗效观察[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2019(6): 00038-00038.
- [26] 杨郁. 耳尖、少商穴位放血治疗急性咽炎的临床疗效观察[J]. 中国医药科学, 2017, 7(11): 53-55.
- [27] 高密, 贾思跃, 王金敏, 等. 紫外线配合少商穴点刺放血治疗急性咽炎60例[J]. 医学研究与教育, 2017, 34(5): 30-33.
- [28] 高密, 赵陈祎, 赵青. 放血疗法联合紫外线治疗急性咽炎的临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(1): 67-71.
- [29] 吴娟. 雾化联合针刺放血治疗急性咽炎临床观察[J]. 科技视界, 2019, (18): 214-215.
- [30] 喻松仁, 刘春燕, 谢强, 等. 针刺放血疗法治疗急喉痹的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(1): 140-142.
- [31] 蒙秋云, 梁艺, 黎子龙. 壮医刺血疗法治疗小儿急性咽炎的疗效观察及护理体会[J]. 中医外治杂志, 2022, 31(1): 98-99.
- [32] 杨时鸿, 谢平畅, 覃小兰. 平衡针治疗急性咽炎咽痛即时疗效分析[J]. 针刺研究, 2012, 37(4): 324-327.

- [33]李唯钢,徐洋波.应用谢强针刺运动针法治疗急性咽炎63例疗效观察[C]//中华中医药学会耳鼻喉科分会,江西省中医药学会.中华中医药学会耳鼻喉科分会第十二次学术研讨会暨嗓音言语听力医学专题学术研讨会论文集.江西中医学院附属医院耳鼻喉科;江西中医学院附属医院耳鼻喉科,2005:221-222. (针刺 vs 庆大霉素雾化吸入)
- [34]罗燕,罗琴.针刺配合布地奈德雾化吸入治疗急性咽炎的疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(7):885-888.
- [35]阮家祥.清热利咽方针刺联合阿莫西林胶囊治疗外感风热型急喉痹的临床研究[D].福建中医药大学,2018.
-