

ICS \*\*.\*\*\*.\*\*  
C\*\*



# 团体标准

T/CACM\*\*\*\*.12

代替 ZYYXH/T 458-2015

---

## 梅核气中医诊疗指南

Chinese medicine diagnosis and treatment guide for Globus Hysteriocus

(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

前言.....	I
引言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断.....	1
5 中医证候分型.....	2
6 治疗.....	3
7 结局（预后）.....	6
8 注意事项.....	6
参考文献.....	7



## 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。

本文件在中华中医药学会 2015 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·梅核气》（标准号：ZYYXH/T458-2015）基础上修订，与前一版相比，经过系统整理近年来国内外中医药治疗梅核气的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对相关临床研究文献进行证据分级及意见推荐，形成中医药防治梅核气的临床实践指南。主要变化如下：

- a) 更改指南名称“中医神志病临床诊疗指南·梅核气”为“梅核气中医诊疗指南”（见封面）；
- b) 更改“范围”的表述（见 1，2015 版见 1）；
- c) 增加“规范性引用文件”（见 2）；
- d) 更改“术语与定义”的表述（见 3，2015 版见 2）；
- e) 更改“诊断要点”为“中医诊断标准”，并更改相应表述（见 4.1，2015 版见 3.1.1）；
- f) 更改“辅助检查”的表述（见 4.3，2015 版见 3.1.2）；
- g) 更改“鉴别诊断”的表述（见 4.4，2015 版见 3.2）；
- h) 更改“肝郁气滞证”的临床表现（见 5.1，2015 版见 4.1）；
- i) 增加“脾虚痰聚证”及其临床表现（见 5.2）；
- g) 更改“阴虚火旺证”为“肺肾阴虚证”，且更改相应的临床表现（见 5.6，2015 版见 4.6）；
- k) 删除“痰气郁结证”（2015 版见 4.3）；
- l) 更改“治疗原则”的表述（见 6.1，2015 版见 5.1）；
- m) 更改“肝郁气滞证”治法、主方、常用药、加减（见 6.2.1，2015 版见 5.2.1）；
- n) 增加“脾虚痰聚证”治法、主方、常用药、加减（见 6.2.2）；
- o) 更改“阴虚火旺证”为“肺肾阴虚证”，且更改相应的治法、主方、常用药、加减（见 6.2.6，2015 版见 5.2.6）；
- p) 更改“其它治法”为“中医非药物治疗”（见 6.3，2015 版见 6）；
- q) 更改“针灸疗法”为“针刺治疗”，且更改其相应的表述（见 6.3.1，2015 版见 6.4）；
- r) 增加“推拿疗法”、“中医情志疗法”（见 6.3.3、6.3.4）；
- s) 增加“结局（预后）”（见 7）；
- t) 增加“注意事项”（见 8）。

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神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：黑龙江神志医院、山西中医药大学、黑龙江省精神心理卫生研究中心、吉林大学药学院、浙江省立同德医院、无锡市精神卫生中心、深圳市中医院、长春中医药大学附属医院、辽宁中医药大学针灸推拿学院、福建省平南市人民医院、上海市中西医结合医院、首都医科大学附属北京安定医院、北京中医药大学、北京中医药大学东方医院、新疆维吾尔自治区中医医院、十堰市中医医院、西安市精神卫生中心、黑龙江中医药大学。

本文件主要起草人：赵永厚、赵思涵、柴剑波、刘郦莹、白冰、于明、赵玉萍、王群松、吴永刚、

王健、王威、叶瑞华、冯蓓蕾、尹冬青、刘兰英、李志刚、王国才、陈俊逾、艾春启、李宝君、夏永刚。

本文件及其所替代文件的历次版本发布情况为：

——2015年首次发布为《中医神志病临床诊疗指南·梅核气》（标准号：ZYYXH/T458-2015）；

——本次为第一次修订。

## 引言

中医神志病学是中医学学科体系中的重要组成部分，尤其是随着现代医学模式的转变，精神卫生工作的重要性日益凸显，中医神志病学成为充分发挥中医药在精神卫生防治中的作用及特色优势的重要阵地。而标准化、规范化和客观化是医疗技术质量管理的基础，是进行临床、科研活动评价的参照标准，是学科健康有序发展的保障，亦是反映学科成熟度的重要指标。因此，开展中医神志病临床诊疗技术的标准化研究工作，是中医神志病学现代化发展的首要任务和重要内容。

《梅核气中医诊疗指南》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，在中华中医药学会 2015 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·梅核气》（标准号：ZYYXH/T458-2015）基础上，再次系统整理近年来国内外中医药治疗梅核气的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对治疗梅核气的临床研究文献进行证据分级及意见推荐，形成中医药防治梅核气的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高梅核气的临床疗效具有重要作用。



# 梅核气中医诊疗指南

## 1 范围

本文件规定了梅核气的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本文件适用梅核气中医临床诊疗。

本文件的使用环境：中医院、中西医结合医院、精神专科医院、综合医院、基层医院的神志病科、精神科、心理科、心身科等。

## 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）适用于本文件。

GB/T 14396-2016《疾病分类与代码》

GB/T 15657-2021《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-2020《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》

GB/T 16751.2-2020《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》

GB/T 16751.3-2020《中医临床诊疗术语 第3部分：治法》

GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》

GB/T 13016-2018《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

**梅核气** Globus Hysteriocus

梅核气是因情志内伤，肝郁脾虚或肺肾阴虚所引起的一种咽部感觉异常的形神失和类神志疾病，症状轻重多与情志有关。相当于西医学的“咽喉部神经症”、“癔球症”等。

## 4 诊断

### 4.1 中医诊断标准

梅核气的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

(1)此病既无全身病变，更无前驱症状。

(2)惟觉喉头有异物感，无疼痛，往往在工作紧张时或睡着后或专心做事时可以完全消失，闲暇无事或情志不畅时异物感明显，当吞咽口涎或空咽时更觉明显吐之不出，咽之不下，而进食时，则毫无梗阻感觉。

(3)借助仪器局部检查并未发现器质性病变。

(4)常伴有精神抑郁，心烦疑虑，胸胁胀满，纳呆，困倦，消瘦等，妇女常见月经不畅，舌质暗滞，脉弦。

## 4.2 临床表现

梅核气多见于青中年女性，因情志抑郁而起病，自觉咽中有物梗塞，但无咽痛及吞咽困难，咽中梗塞的感觉与情绪波动有关，在心情愉快、工作繁忙时，症状可减轻或消失，而当心情抑郁或注意力集中于咽部时，则梗塞感觉加重<sup>[1]</sup>。

## 4.3 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病，以及鼻咽部、口咽部以及喉部的全面检查，必要的情况下可以进行纤维喉镜、纤维食管镜或者是胃镜、血常规、X线胸透、颈部以及甲状腺B超检查等。汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、汉密尔顿焦虑量表（HDMD）对本病的诊断有参考作用。

## 4.4 鉴别诊断

梅核气当与虚火喉痹、噎膈、乳蛾作出鉴别。

## 5 中医证候分型

主要中国中医药出版社2016年出版的《神志病中西医结合诊断学》<sup>[2]</sup>，临床常见证候如下：

### 5.1 肝郁气滞证

咽中梗阻感，暖气频频或呃逆，胸胁胀痛，走窜不定，精神抑郁，多疑多虑，善太息，暖气则舒，怒则加剧；舌淡红苔薄白，脉弦滑。

### 5.2 脾虚痰聚证

咽中如物梗塞，咳之不出，咽之不下，不思饮食，咳嗽痰白，肢体困倦，纳呆腹胀，畏寒肢冷；舌胖大，苔白腻，脉弦滑。

### 5.3 痰热互结证

咽部似有异物留储，胸胁满闷，烦躁易怒，失眠多梦，咳痰黄稠，口干，便秘。舌红苔黄腻，脉滑数。

### 5.4 气滞血瘀证

咽喉不适如有异物堵塞,空咽明显,无碍饮食,胸胁胀痛,妇女月经不调,量少而紫暗。舌质瘀暗或有瘀斑,苔薄白,脉细涩。

### 5.5 心脾两虚证

咽中异物感,不思饮食,口中无味,面白神疲,少气懒言,或时时悲伤欲哭,夜寐不实,易惊醒或惶恐不安,小便清长,大便溏薄。舌淡、苔白、脉弱。

### 5.6 肺肾阴虚证

咽喉干燥,如物阻塞,吐之不出,咽之不下,每遇情志不畅加重。头晕眼花,耳鸣耳聋,腰膝酸软,形体消瘦,心烦少寐,手足心热。舌质红,苔少而干,脉细数。

## 6 治疗

### 6.1 治疗原则

本病应以疏肝理气,化痰散结为基本治则,并贯穿于整个辨证论治的全过程。初起多以肝气郁结为首发病机,治宜疏肝理气;进而痰气互结或气血瘀滞或痰热相兼,或以某一病理因素为主,治宜理气活血,清热化痰;后期久病耗伤气血,出现虚实夹杂之候,治宜益气养血,滋阴降火。

本病病位在咽喉,根据“治上焦如羽”的用药原则,方药以质轻上达者为宜,或酌情加入载药上行的舟楫之品,使药物发挥最大功效。本病病程长,用药只宜缓图,不可峻攻。情志因素是本病主要致病因素,还要结合心理治疗等多种疗法<sup>[3]</sup>。

### 6.2 辨证论治

#### 6.2.1 肝气郁滞证

治法:疏肝理气解郁。

主方:半夏厚朴汤<sup>[4-9]</sup>(《金匱要略》)加减。(高级证据,强推荐)

常用药:法半夏,厚朴,茯苓,香附,紫苏,白芍,薄荷(后下),甘草,生姜。

加减:胸胁苦闷者,加柴胡,薤白;口干,舌质偏红者,加夏枯草,杭菊。

#### 6.2.2 脾虚痰聚证

治法:健脾理气化痰。

主方:二陈汤<sup>[10-13]</sup>(《太平惠民和剂局方》)加减。(中级证据,强推荐)

常用药:法半夏,陈皮,茯苓,神曲,党参,白术,砂仁(后下)。

加减:若痰黄舌红者,加黄芩,薄荷 6g(后下);心烦者,加合欢花,素馨花。

#### 6.2.3 痰热互结证

治法:清热化痰,疏肝理气。

主方:温胆汤<sup>[14]</sup>(《外台秘要》)加减。(高级证据,强推荐)

## T/CACM \*\*–2021

常用药：竹茹、枳实、半夏、陈皮、茯苓、甘草、生姜、菊花、黄芩。

加减：失眠者，加夜交藤、合欢皮；盗汗者，加浮小麦、糯稻根；热势较甚，大便秘结者，可加龙胆草、大黄、瓜蒌仁。

### 6.2.4 气滞血瘀证

治法：疏肝理气，活血化瘀。

主方：膈下逐瘀汤<sup>[15]</sup>(《医林改错》)加减。(中级证据，强推荐)

常用药：当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、川芎、柴胡、桔梗、郁金、威灵仙、山豆根、甘草。

加减：化热者，加竹茹、瓜蒌、黄芩、黄连清化痰热；脾虚者，加党参、黄芪、升麻、柴胡等。

### 6.2.5 心脾两虚证

治法：健脾养心，补益气血。

主方：归脾汤<sup>[16]</sup>(《济生方》)加减(中级证据，强推荐)

常用药：白术、当归、茯苓、黄芪、远志、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草。

加减：心胸不舒者，加郁金、佛手片；血虚生风者，加当归、生地、珍珠母、钩藤；躁扰失眠者，加酸枣仁、柏子仁、茯神、制首乌等。

### 6.2.6 肺肾阴虚证

治法：养肺滋肾，清热降火。

主方：百合固金汤<sup>[17-18]</sup>(《医方集解》)加减(中级证据，强推荐)

常用药：生地黄、熟地黄、麦门冬、百合、白芍药、当归、贝母、玄参、桔梗、甘草。

加减：阴虚痰热胶结甚者，加瓜蒌、竹沥以清热化痰；兼胃阴虚者，加北沙参、玉竹、天花粉以养胃生津。

## 6.3 中医非药物治疗

### 6.3.1 针刺治疗

#### (1) 常规针刺法

取穴：天突、内关、合谷、神门，胃胀者加足三里；适用于肝郁气滞、痰气互结证。

操作：天突采用 1.5 寸毫针缓慢刺入，快速捻转强刺激，患者颈部如绳勒的感觉最好，得气后便出针，然后取内关、合谷、神门三穴其中任意一穴即可，平补平泻留针 10min，每日 1 次，3 次为一疗程。内关采用 1.5 寸毫针直刺 0.8~1 寸，以患者感到麻胀感向中指指尖及肘窝传导为宜；神门采用 1 寸毫针直刺 0.5 寸~0.8 寸针，用平补平泻法，以患者感到麻胀感向小指传导为宜；合谷采用 1.5 寸毫针直刺 0.8 寸~1 寸，平补平泻法，以患者感到麻胀感向小指传导为宜，平补平泻得气留针 10min。<sup>[19]</sup>(高级证据，强推荐)

#### (2) “咽三穴”针刺法

取穴：“咽三穴”即廉泉、利咽穴(平廉泉穴，左侧口角下方连线与廉泉穴水平线交接

处，咽部舌状软骨左侧缘）、利咽穴（平廉泉穴，右侧口角下方连线与廉泉穴水平线交接处，咽部舌状软骨右侧缘），天突(C2~C4)、夹脊、列缺。适用于病情日久缠绵难愈，以阴虚为本，痰、热、瘀为标者，故治疗以滋阴利咽为主。

配穴：痰气互结者加膻中、丰隆、足三里；肝郁气滞者加内关、阳陵泉、太冲；阴虚肺燥型加尺泽、太溪、照海；肺脾气虚型加足三里、肺俞、脾俞、肾俞；痰热蕴结型加太冲、内庭、丰隆；肝胃不和者，加太冲、三阴交；气滞血瘀者，加太冲、血海、膈俞；痰热互结者，加内庭、曲池；痰瘀互结者，加脾俞、血海；心脾两虚者，加神门、膈俞、血海、足三里；阴虚者，加三阴交、太溪、神门；阳虚者，加神阙、关元、命门、肾俞。

操作：仰卧位取“咽三穴”，快速透皮，针尖朝向舌骨部方向刺入25~40mm，双向捻转，行针45° 2min，促使针感扩散至口咽部；天突，快速透皮，与颈部皮肤约呈15°角，沿胸骨柄后缘、气管前缘缓慢向下刺入8~15mm，行捻转手法（手法要轻）；列缺，采用提捏进针，沿桡骨茎突向上斜刺10~20mm，行平补平泻法，使针感向肘部放射；俯卧位针C2~C4夹脊，充分暴露颈部皮肤并尽量保持颈部端正放松，在C2~C4棘突两侧旁开0.3寸处，以倾斜75°刺向同节段棘突进针15~20mm，行双向45°小幅度捻转手法促使气至，颈部针刺结束后，行“接经走气”手法，即同一经脉穴位针刺得气后，循着经脉循行方向，依次行平补平泻手法，促使经气循经感传，使脉内外相通，上下相接的方法，促使颈部两侧形成气血通畅的红线随证加减穴位进行常规操作。均进行仰卧位和俯卧位针刺，两种体位均留针30min。每日治疗1次，10次为1疗程，一般治疗3个疗程。（中级证据，强推荐）

注意事项：针刺中，患者会有类似鱼刺卡堵感，嘱患者不用害怕出针即缓解。如有唾液大量分泌，嘱患者缓慢咽下，不宜吐出<sup>[20-21]</sup>。

### 6.3.2 电针疗法

取穴：丰隆、三阴交、内关、照海、太冲、天容、廉泉。诸穴同用，可解郁化痰，清利咽喉。

操作：患者取仰卧位，选取1.5寸毫针，穴位常规消毒后，内关向上斜刺进针，行提插捻转，使针感向肘部放射；照海直刺，使局部有酸胀感；丰隆直刺，使针感向足部放射；三阴交太冲、天容、廉泉直刺，针感向足部放射。电针仪取连续波，强度以患者感舒适为度<sup>[22-26]</sup>。（中级证据，强推荐）

### 6.3.3 推拿治疗

①体位：患者取俯卧位，全身放松，呼吸自然，医者立其侧方；亦可取用坐位，伏于椅背，医者立其后方。②步骤：施于腰背部及两侧膀胱经，掌指关节法华佗夹脊及腰眼，自上而下，往返多次，以肺俞、厥阴俞、心俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞等为重点穴位。③一指禅推腰背部诸穴。推腰背部督脉及膀胱经诸穴。④掌揉法。以掌根揉两侧腰背部膀胱经。⑤提捏督脉。以单手或双手的拇指与食指相对，将脊柱上皮肤用力提起，边移边提，一直从长强提至大椎，操作1~3遍。⑥提捏膀胱经。用单手或双手的拇指与食指相对，将脊柱旁边的一条形肌肉用力提起，边移边提，边提边拿。先自上而下(从颈部以下做到臀部以上)，再自下而上(从臀部以上做到颈部以下)操作。上下反复操作2遍。操作中

注意对称提捏，不宜用力抓拧。⑦点按及揉按背俞及背部压痛点。此为重点手法。将双手拇指指端放在大椎穴左右各旁开一横指的地方，用一定的力量揉按并持续数秒钟，下、左、右移 1cm 左右的距离再揉按，如此操作直至整个背部揉按完毕；如遇到疼痛敏感的部位可以适当加长按压时间，疼痛点提示此处经气郁滞不通，气血流通受阻，通过揉按可以疏利经气，部分缓解这些不适，郁证患者常于此时出现暖气。⑧掌压法。用双手按压腰痛部脊柱(督脉所在)；坐位患者可不行。⑨擦法。先用手掌横擦命门区，然后用小鱼际直擦督脉，接着用手掌直擦腰背部两侧膀胱经，最后擦整个腰背部，以微热为度。<sup>[27-28]</sup>（低级证据，弱推荐）

#### 6.3.4 中医情志疗法

梅核气多由情志不舒，七情郁结，气滞痰阻，气机失调所致。梅核气患者性格特征多愁善感，具有明显的疑病倾向。中医认为，七情不调，可生百病；调和七情，则可防病。应引导患者保持心境恬静，情绪调畅，参加文体活动，将注意力从疾病转移到工作或活动中，从而达到消除不良情绪，缓解症状的作用<sup>[29-32]</sup>。（中级证据，强推荐）

### 7 结局（预后）

本病的预后一般较好，待情志致病因素消除后，多能自行消除或痊愈。若病后情绪波动较大，工作生活环境恶劣，心理负担过重，病情常有反复或加重，有时疑为不治之症，拒绝治疗，不但病程迁延，愈期颇难预测，而且给治疗带来较大困难，甚或并发卑慄、梅核气等其他病证。

### 8 注意事项

应用本文件时应先明确诊断，本文件不能应用于除梅核气外的其他疾病，注意区分虚火喉痹、噎膈、乳蛾等疾病。以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后；临床医务人员当根据患者具体情况，灵活更改治疗方案，不可拘泥于本文件。

## 参 考 文 献

- [1]周仲瑛.中医内科学[M].第2版.北京:中国中医药出版社,2007.
- [2]贾宏晓,张宏耕.神志病中西医结合诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [3]周静洁,沈洪,顾培青,等.沈洪教授辨治梅核气经验[J].长春中医药大学学报,2017,33(01):68-70.
- [4]陈许.半夏厚朴汤治疗梅核气[J].农村百事通,2019(02):51.
- [5]玄立印,李洁,李亚平.半夏厚朴汤配合氟哌噻吨美利曲辛片治疗痰气互结型梅核气临床疗效观察[J].河北医学,2016,22(06):1016-1017.
- [6]刘占全.半夏厚朴汤加减治疗梅核气45例临床观察[J].内蒙古中医药,2015,34(04):36-37.
- [7]于萍.《金匱要略》半夏厚朴汤治疗梅核气的疗效观察[D].广州中医药大学,2013.
- [8]马青芳.半夏厚朴汤加减治疗梅核气42例[J].实用中医药杂志,2012,28(01):24.
- [9]庄诚,庄元春,周洁.半夏厚朴汤治疗梅核气126例[J].陕西中医,2006(10):1263-1264.
- [10]王德银.二陈汤合三子养亲汤治疗梅核气的疗效分析[J].智慧健康,2020,6(05):181-182.
- [11]周文瑾,覃冠锻,彭清华,等.针药结合治疗梅核气61例疗效观察[J].新中医,2011,43(10):93-94.
- [12]金敬梅.桂枝茯苓汤合二陈汤加减治疗痰瘀交阻型冠心病心绞痛合并高血压病45例[J].河北中医,2010,32(06):854-855.
- [13]邹红娅,孙艳菊,金夏玲.二陈汤治疗咽异物感的疗效[J].养生保健指南.2020,(2):267.
- [14]于晓翠.温胆汤的临证运用[J].内蒙古中医药,2017,36(05):46.
- [15]新昕.膈下逐瘀汤治疗躯体形式障碍的疗效分析[J].中国医药指南,2018,16(32):174-175.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2018.32.140.
- [16]李毅.中医辨证结合心理辅导治疗梅核气48例[J].河南中医,2008(06):49-50.
- [17]曾奕,薄丽亚.百合固金汤治疗梅核气36例[J].国医论坛,2001(06):23-24.
- [18]王化京,龚长虹.龚振祥老中医治疗梅核气的经验[J].陕西中医,1990(07):291-292.
- [19]何玉林,何伟.针灸治疗咽部异感症100例临床观察[J].基层医学论坛,2011,15(19):651.
- [20]张荣媛,何天有,秦晓光,等.“靶向针刺”治疗慢性咽炎34例[J].中国针灸,2012,2(10):895-896.
- [21]李成宏,楚胜.辨证针刺治疗梅核气的临床观察[J].中国医疗前沿,2009,4(20):29-30.
- [22]廖玲,唐利群.电针联合解郁利咽汤治疗梅核气155例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(24):92-93.
- [23]杨丽娟,刘亚丽,王晓宁.电针治疗梅核气的临床观察[J].针灸临床杂志,2007(03):38+55.
- [24]王伦.针刺治疗梅核气59例[J].吉林中医药,2002(03):41-42.
- [25]姚子杨.针刺治疗梅核气[J].实用中西医结合临床,2005(04):54.
- [26]付焕香,陈蕙恬,赵玉娟.冰硼散联合针刺夹脊穴治疗梅核气126例临床观察[J].中医药导报,2012,18(12):70-71.
- [27]赵艳.推拿手法疏理督脉和足太阳膀胱经治疗郁证体会[J].中国中医药信息杂志,2008,

T/CACM \*\*-2021

15(10): 78-79.

[28]樊云.推拿配合刺络拔罐法综合治疗梅核气 12 例[J].中医外治杂志, 2005(05): 36-37.

[29]周生萍.中西医结合与心理疗法治疗咽喉异常感症 120 例分析[J].山西医药杂志, 2004(09): 816.

[30]刘娟君,谢强.近两年中西医治疗梅核气临床研究综述[J].江西中医药,2015,46(02): 53-55.

[31]陶利军,朱宝全.慢性咽炎中西医治疗效果的对照研究[J].基层医学论坛,2014(11): 1449-1450.

[32]赵靖平,施慎逊.中国梅核气防治指南(第2版)[M].北京:中华医学电子音像出版社,2015.