

基于伏痰理论探讨“聚于胃，关于肺”在感染后咳嗽中的运用

聂义超¹，谢龙云¹，曾崎冈²，戴勇²

1. 广州中医药大学附属广东中西医结合医院，广东 佛山 528200

2. 广东省中西医结合医院，广东 佛山 528200

[摘要] 本文基于伏痰理论与“聚于胃，关于肺”理论，系统阐明感染后咳嗽“肺胃失调、伏痰留滞”的核心病机，梳理出“调肺胃以除伏痰、除伏痰以复肺胃”的核心治则，针对寒痰、痰湿、燥痰等证型提出对应方药与临床思路，病案亦印证该理论指导下诊疗的有效性，可为感染后咳嗽中医诊疗提供理论支撑与实践路径。

[关键词] 感染后咳嗽；伏痰；聚于胃，关于肺；除伏痰，调肺胃

[中图分类号] R256.11 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 11-0091-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.11.013

Exploring the Application of "Accumulation in the Stomach and Obstruction in the Lung" in Post-Infectious Cough Based on the Latent Phlegm Theory

NIE Yichao¹, XIE Longyun¹, ZENG Qigang², DAI Yong²

1. Affiliated Guangdong Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, Foshan Guangdong 528200, China; 2. Guangdong Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Foshan Guangdong 528200, China

Abstract: Based on the latent phlegm theory and the theory of "accumulation in the stomach and obstruction in the lung," this article systematically elucidates the core pathogenesis of post-infectious cough as "lung-stomach dysfunction and retention of latent phlegm." It outlines the core therapeutic principle of "treating the lung and stomach to resolve latent phlegm, and resolving latent phlegm to restore lung-stomach function." Corresponding prescriptions and clinical approaches are proposed for syndrome types such as cold phlegm, damp phlegm, and dry phlegm. Clinical cases also validate the effectiveness of diagnosis and treatment guided by this theory, providing theoretical support and practical pathways for traditional Chinese medicine management of post-infectious cough.

Keywords: Post-infectious cough; Latent phlegm; Accumulation in the stomach and obstruction in the lung; Resolving latent phlegm, treating the lung and stomach

感染后咳嗽是临床常见的亚急性咳嗽类型，多继发于上呼吸道感染，急性期症状缓解后咳嗽仍迁延不愈，病程常达3~8周^[1]。其发病率占成人亚急性咳嗽的30%~50%，临床表

现以刺激性干咳或少量白黏痰为主，常伴咽干发痒，遇冷空气、油烟等刺激后症状加重，不仅严重影响患者日常工作与生活，且病情易反复，部分可进展为慢性咳嗽，增加后续医疗负

[收稿日期] 2025-11-25
[修回日期] 2026-01-16
[基金项目] 国家中医优势专科建设项目（粤中医办函〔2022〕52号）
[作者简介] 聂义超（2000-），男，在读硕士研究生。
[通信作者] 戴勇（1974-），男，主任中医师。

担^[2-3]。现代医学对感染后咳嗽发病机制尚未完全明确,多以抗组胺药、镇咳药等对症治疗为主,缺乏有效对因治疗手段。

对于感染后咳嗽,中医虽无明确病名,但依据其“外感后起病、咳嗽迁延”的特点,将其归为久咳范畴。《素问·咳论》提出“五脏六腑皆令人咳”,针对久咳,则指出“久咳不已,则三焦受之,三焦咳状,咳而腹满,不欲食饮,此皆聚于胃,关于肺,使人多涕唾而面浮肿气逆也”,点明肺胃失调与久咳密切相关。《金匱要略》言“病痰饮者,当以温药和之”,为痰饮致咳确立了温化的治疗原则。《景岳全书》则进一步将咳嗽分为外感与内伤,提出“外感之嗽,凡属阴虚少血,或脾肺虚寒之辈,则最易感邪……若但以脾胃土虚不能生金,而邪不能解,宜六君子汤以补脾肺”,明确了外感后咳嗽迁延多与肺胃气虚相关。经过历代医家的不断总结及发展,“肺胃失调、伏痰留滞”病机在久咳疾病演变中的作用得到了更广泛的认识^[4-5]。本文基于伏痰与“聚于胃,关于肺”理论,解析感染后咳嗽病机,总结调肺胃、除伏痰的治法,以期为临床诊疗提供参考。

1 “聚于胃,关于肺”乃感染后咳嗽病机根本

“聚于胃,关于肺”理论最早见于《素问·咳论》,“五藏之久咳,乃移于六府……此皆聚于胃,关于肺,使人多涕唾而面浮肿气逆也”;“肺属上焦,胃属中焦,聚者壅也,关者闭也,言气壅闭于肺胃也”,即邪气壅遏于胃、闭阻于肺,导致肺胃气机逆乱、功能失调。

从生理关联来看,胃为水谷之海,主受纳腐熟,其通降功能直接影响津液代谢与气机运行。胃能将水谷精微上输于脾,再由脾散精归于肺,为肺宣降津液、生成宗气提供物质基础;若胃失通降,不仅水谷精微输布受阻,致肺失濡养,更易生湿酿痰,成为“聚于胃”的

邪气来源,进而“关于肺”引发咳嗽。

清代黄元御在《四圣心源》中进一步深化此认知,详细阐述咳嗽的根源在于肺胃,即“胃土上逆,肺无降路,雾气壅塞,故痰涎淫生,呼吸壅碍,则咳嗽发作”,表明若胃腑功能失调,气机上逆则会阻塞肺气肃降之路,进而滋生痰涎、引发咳嗽。正如《脾胃论》指出“肺金受邪,由脾胃虚弱,不能生肺,乃所生受病也”,胃腑失常是肺受邪致病的起始环节。故对于呼吸系统疾病,聚焦“聚于胃,关于肺”理论,从调胃安肺入手干预,可起到关键作用。

这一理论在感染后咳嗽的诊疗中尤为关键。感染后咳嗽患者多存在“胃腑失调,肺受牵连”的病理过程。若患者素体脾胃虚弱,感染后常伴纳差、便溏,或因饮食失节加重胃腑负担,气血生化不足致肺气失养而虚,更易受外邪引动使咳嗽反复。相关研究显示,感染后咳嗽以虚证为主,患者干咳、咳嗽无力等症状,与《脾胃论》“肺之脾胃虚,怠惰嗜卧,咳嗽无力”描述高度契合^[6]。

因此,治疗感染后咳嗽需紧扣“调胃安肺”思路。如李中梓在《医宗必读》中针对脾胃虚弱生痰犯肺的患者,以六君子汤健脾益气、和胃化痰,杜“胃生痰”之源;加紫苏子降气、苦杏仁宣肺,除“肺留痰”之患,既体现治肺必顾胃原则,也为临床提供了调胃安肺的经典范式。

2 伏痰乃感染后咳嗽病机诱因

感染后咳嗽生于“伏痰”、不离“伏痰”,多于受邪后继发,其病情反复,伏痰形成与水饮内停、伏邪留恋密切相关,且始终以肺胃功能失调为纽带。

津液代谢失常是伏痰生成的基础。气行则水行,水液积聚为饮亦可阻滞气机,致气机上逆发为咳嗽,正如《伤寒论》所云“心下有水

气，干呕，发热而咳”。伏痰是胃腑失调、水饮内停的产物，也是咳嗽迁延的核心症结，恰如《症因脉治》所云“痰饮留伏，结成窠臼，潜伏于内”，脾之运化亦依赖胃之受纳，肺胃协同失常实为伏痰生成的关键。

伏痰的潜伏性、多变性是感染后咳嗽的发展诱因。《温病正宗》谓伏邪“初感治不得法，正气内伤，邪气内陷”以及“遗邪内伏，后又复发，亦谓之曰伏邪”。感染后咳嗽患者若初治仅祛外邪，未调肺胃、除伏痰，或因寒凉药物过度使用损伤胃阳，致伏痰潜伏于肺胃之间，遇外邪引动则发作；风邪为百病之长，易袭肺位，与伏痰相合则成风痰，风邪伤津致干咳痰少，善行数变致咽痒阵咳，伏痰阻滞气道致咳出费力，形成“风邪引动伏痰、伏痰助长风邪”的病理状态。

3 “聚于胃，关于肺”为伏痰内生之基

3.1 经络为伏痰传变的途径 《灵枢·经脉》载“手太阴肺经，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺”，脾胃运化失常生成的痰浊，可沿肺经上输于肺，留伏于肺系；肺系伏痰亦能沿肺经下传于胃，阻滞胃气通降，如《灵枢·经脉》载“肺手太阴之脉……还循胃口，上膈属肺”，明确肺与胃存在贯通的经络解剖结构，肺经病变可累及胃腑，胃腑之痰浊亦能沿肺经影响肺脏。

就解剖部位而言，肺胃分居膈之上下，且咽喉为二者共同门户，因饮食入胃经咽喉，呼吸之气出入肺亦过咽喉，胃中痰浊或肺中伏痰，可通过咽喉或膈间通道相互侵袭。胃中痰浊上逆经咽喉犯肺，加重肺系痰阻；肺中伏痰下渗经膈侵犯胃腑，影响脾胃运化，如《素问·咳论》所述“其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳”，即寒饮入胃后，可循解剖与经络路径上犯肺，与肺中邪气相合生咳，此过程中形

成了寒饮、痰浊等伏痰的早期形态^[5-6]。

3.2 肺胃功能失调为伏痰生成的根本 肺胃功能失调对伏痰生成的影响包括“胃失通降，湿聚成痰”和“肺失肃降，痰停成伏”两个过程。肺主肃降以布散津液，胃主通降以运化水谷，二者均以“降”为顺，共同参与津液代谢。胃将运化生成的津液上输于肺，肺通过宣降将津液布散全身，同时反哺胃腑以维持其濡润之职，形成“胃输津液于肺，肺布津液于胃”的协同关系。二者功能紊乱，必致津液失布、痰浊内生，留伏而成伏痰。

若外感余热未清、灼伤胃阴，或过用寒凉、损伤胃阳，胃阳不足则水谷不化生湿，胃阴不足则津液不能濡润，均可凝聚成痰，既可为胃中宿痰，又可沿经络上犯肺系，留伏于肺而成伏痰，如《素问·经脉别论》所言“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺”，若胃失通降，“游溢精气”失常，水谷精微反成湿浊，上归于肺则为痰，留伏则为患。

肺主肃降，既布散津液于全身，又下输浊液于肾与膀胱，若外感后肺气被伤，肃降功能失常，津液不得下输，停聚于肺系而成痰；若未及时清除，痰浊留伏于肺，若再遇脾胃化生之湿痰，二者相合则为伏痰，如《景岳全书·咳嗽》言“肺为贮痰之器，脾为生痰之源，若肺失肃降，则痰不能出，脾失运化，则痰不能化，二者相合，痰伏于肺胃之间，咳必迁延”。

4 伏痰为“聚于胃，关于肺”加重之使

4.1 伏痰乃肺胃失调的病产物 呼吸道感染急性期，外感邪气侵袭肺卫，肺失宣降，津液停聚于肺系成“初痰”；若治疗未兼顾调护肺胃，肺胃功能未复，初痰不能彻底清除，留伏于肺胃之间，成为“伏痰”。

患者病后脾胃虚弱，或因饮食失宜、劳倦过度，脾胃运化功能进一步受损，水湿内生，

持续滋养肺胃间的留伏痰浊，使伏痰逐渐固化。此阶段伏痰本质，是肺失宣肃、胃失通降的病理产物，即标志“聚于胃，关于肺”的病理状态持续，如《景岳全书》载“内伤之嗽，必起于阴分……水涸金枯，肺苦于燥，肺躁则痒，痒则咳不能已也”。

4.2 伏痰可加剧肺胃失调 伏痰留伏于肺胃之间，并非静止存在，而是通过阻滞耗伤气机加剧肺胃失调，推动“聚于胃，关于肺”的病理进展。

伏痰为“有形之邪”，留伏于肺则阻滞肺气宣降，致肺气上逆而咳；留伏于胃则阻滞胃气通降，致胃气上逆而纳差、恶心。肺中伏痰与胃中伏痰可相互影响，肺之伏痰经外界刺激触动，发为咳嗽，影响肺气正常宣肃功能，可阻碍胃之和降功能，发为胃气上逆，损耗胃气，胃气愈虚，胃中津液代谢失调，使得伏痰蛰伏更深；胃中伏痰运化不畅，胃失和降，气机升降之枢机失利，引发肺气肃降失调，通调水道功能失司，肺中伏痰益甚。如《临证指南医案·咳嗽》言“痰伏肺胃，肺气不得降则咳，胃气不得降则逆，逆则痰更上犯，咳无休时”。

此外，伏痰长期留滞，消耗肺胃之气，耗伤肺气则肺失宣降，耗伤胃气则胃运失调，同时肺虚则更难清除伏痰，胃虚则更易生湿养痰，形成“伏痰耗气、肺胃更虚、伏痰更盛”的恶性循环，最终使感染后咳嗽迁延难愈，如《医门法律》所言“虚寒痰饮少壮，十中间见一二。老人小儿，十中常见四五。若果脾胃虚寒，饮食不思，阴气痞塞，呕吐涎沫者，宜温其中”。

5 感染后咳嗽基本治则

对于感染后咳嗽，治疗需紧扣“调肺胃”与“除伏痰”的协同。即调肺胃以除伏痰，除伏痰以复肺胃。通过协调恢复肺胃功能以治其

本，清除伏痰留存以治其标，二者结合以成“治肺不遗胃、治胃不忽肺、除痰必调脏”之功。

5.1 寒痰久伏，温肺阳以化之 外感后过用寒凉药损伤肺胃阳气，或素体阳虚，致肺胃虚寒、津液失化，留伏成痰，患者多表现为干咳少痰或咳少量白色稀痰，遇冷空气或进食生冷后咳嗽加重，伴纳差、脘腹冷痛、畏寒乏力，舌淡苔白滑，脉弦紧等肺胃虚寒、伏痰内停的病理表现。

针对上述肺胃虚寒、伏痰内停之表现，在慢性肺病治疗中小青龙汤合苓桂术甘汤得到了广泛应用。该方在缓解咳嗽的同时，兼能有效改善患者脘腹冷痛、畏寒乏力等症状^[7-8]。小青龙汤作为温肺化饮的代表方，方中麻黄、桂枝宣肺温阳，干姜、细辛温化肺中伏痰；苓桂术甘汤“温阳化饮，健脾利水”。《金匱要略》载“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之”，方中茯苓、白术健脾和胃，桂枝温胃阳、化水湿，二者合用，既温肺化伏痰，又和胃治痰源，契合“聚于胃，关于肺”的病机。

5.2 痰湿久羁，健脾胃以除之 此类患者素体脾胃虚弱，外感后脾胃运化功能进一步受损，水湿内生，聚而成痰，留伏于肺胃之间，上犯肺系致咳，临床表现为咳吐痰多色白、质地黏稠，伴纳差乏力、腹胀便溏，舌淡苔白腻，脉濡滑。

在临床实践中，六君子汤类治疗咳嗽多痰兼见脘痞、胸闷等脾虚症状疗效显著^[9]。《脾胃论》载“肺金受邪，由脾胃虚弱，不能生肺，乃所生受病也”，六君子汤为健脾益气、燥湿化痰的基础方，如《医学正传》所载六君子汤可治“脾胃虚弱，气逆痰滞”，方中党参、白术、茯苓健脾益气，陈皮、半夏燥湿化痰，从“培土生金”角度杜绝伏痰生成，健脾以绝痰源，宣肺以除伏痰，体现“调肺胃以除伏痰”

的治疗逻辑。

若痰湿久郁化热，见咳吐黄痰、口苦黏腻、反酸烧心等痰热、气机阻滞的病理表现，可兼用温胆汤类加减。《三因极——病证方论》载温胆汤“治胆胃不和，痰热内扰证”，虽以“温胆”为名，实则“清化痰热、理气宽中”，因胆乃中精之府，藏胆汁，主疏泄而助脾胃运化，胆气疏泄则胃气得和，痰热扰胆则胃失和降、肺受牵连，故温胆汤通过清胆胃痰热、调畅气机，间接恢复肺之宣降功能，契合“健脾除痰、兼清郁热”的治疗思路。

5.3 燥痰胶结，润肺胃以散之 外感耗伤肺胃阴液，或久服温燥药损伤阴津，致肺胃阴虚、津液不足，痰浊燥结留伏于肺胃之间。多表现为干咳少痰、痰少而黏、难咯出，伴咽干口燥、声音嘶哑、纳差心烦，手足心热，舌红少苔、有裂纹，脉细数。

麦门冬汤合沙参麦冬汤加减治疗痰少黏滞、干咳难出的燥结伏痰型咳嗽效果显著^[10-11]。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》载麦门冬汤“治火逆上气，咽喉不利”，方中麦冬养阴润肺益胃，人参、粳米、甘草益气健脾，半夏降逆化痰，既除伏痰，又防麦冬滋腻；《温病条辨》载沙参麦冬汤“甘寒生津，清养肺胃”，治“燥伤肺胃阴分，或热或咳者”，方中沙参、玉竹、天花粉养阴润燥，清除肺胃间燥性伏痰，二者合用，既养肺胃之阴，又除燥结伏痰，体现“润而不膩、补而不滞”的治疗原则，契合肺胃“喜润恶燥”的生理特性。

6 病案举例

患者，女，37岁，2025年4月14日初诊。主诉：咳嗽伴咽痛、咽痒2个月。患者诉2个月前因不慎受凉后出现咳嗽，咽痛，曾于2025年2月5日于广东省中西医结合医院就诊，经服氯雷他定、孟鲁斯特及中药等稍好

转。现仍咳嗽，咳声沉闷，咳白色泡沫痰，量多，咽痒，夜间明显，偶有流涕，眠差，舌淡红、苔薄白。体格检查见：咽后壁轻度充血，扁桃体未见明显肿大，双肺未闻及干湿性啰音。2025年2月22日胸部CT平扫检查显示：考虑双肺支气管炎；双肺少许纤维硬结灶。西医诊断：感染后咳嗽；肺诊断性影像异常。中医诊断：咳嗽，辨证为风寒犯肺证；治法：疏风散邪，祛痰。予小青龙汤去桂枝加射干加减，处方：细辛3g，法半夏15g，蜜麻黄15g，五味子10g，射干15g，款冬花15g，紫菀15g，黑枣10g，旋覆花10g，紫苏子10g，白芥子10g，莱菔子10g。5剂，每天1剂，水煎早晚温服。西药予左氧氟沙星片，每天1次，每次1片；甲氧那明胶囊，每天3次，每次2粒。

2025年5月14日二诊：患者诉服药后咳嗽较前缓解，现仍有咽痒，咳嗽有痰，痰量较前减少，纳食一般，舌淡苔薄白。更方六君子汤加减，处方：法半夏10g，白术15g，茯苓20g，陈皮10g，黑枣10g，党参20g，炙甘草10g，五味子10g，灵芝15g，桑白皮10g，枇杷叶10g，苦杏仁10g，川贝母5g。7剂，每天1剂，水煎早晚温服。西药予莫西沙星片，每天1次，每次1片；甲氧那明胶囊，每天3次，每次2粒。

2025年5月21日三诊：患者诉咳嗽减少，痰白，睡眠一般，胃纳较前改善，舌质红、少苔，双肺听诊未闻及明显干湿性啰音。守二诊方，加百合20g，龙利叶15g，去川贝母、党参。7剂，每天1剂，水煎早晚温服。暂停西药。

2025年7月28日四诊：近日服药欠规律，咳嗽、咳痰较前稍加重，痰白，眠可，大便调；舌淡红、苔薄白。守三诊方，去百合、龙利叶，共7剂，煎服法同前。

后续随访，患者规律服药，定期复诊。

2025年8月4日回访,咳嗽、咽痒等症状缓解。

按:本病患者乃初期感受外邪致肺络受损,致气机不利,内生伏痰,咳嗽迁延。初诊患者受凉后咳嗽、咽痛,辨证为风寒犯肺证,治以祛痰止咳、温肺化饮,予小青龙汤去桂枝加射干加减,取“急则治其标”之义,方中细辛、蜜麻黄温肺散寒,射干、款冬花等止咳祛痰,联用西药加强抗过敏、抗感染。二诊症状缓解,仍有咽痒,咳嗽有痰,舌淡、苔薄白,考虑患者脾胃受损,水谷不能上蒸,肺脏不得滋养,予六君子汤培土生金,健脾补肺。三诊患者咳嗽、咽痒等症状大减,但睡眠欠佳、舌红少苔,考虑气损及阴,守方六君子汤加减,加百合、龙利叶养阴润肺,去川贝母、党参,且暂停西药,以中药调理为主。至四诊,患者症状基本控制,然因用药欠规律出现反复,考虑当前用药有效,效不更方,经加减后仍守方六君子汤,长期用药调理。全程随症调整处方与西药,初期中西医结合控制急性症状,后期逐步以中药调理脏腑功能,体现“急则治标、缓则治本”“培土生金,肺脾同调”的治疗思路,紧扣病机变化调整用药,最终使症状缓解。

[参考文献]

- [1] CHEN X, PENG W S, WANG L. Etiology analysis of nonspecific chronic cough in children of 5 years and younger[J]. Medicine, 2019, 98(3): e13910.
- [2] 王雪峰,刘恩梅. 儿童呼吸道感染后咳嗽中西医结合诊治专家共识(2024年版)[J]. 中国实用儿科杂志, 2024, 39(9): 652-658.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2021)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2022, 45(1): 13-46.
- [4] 张天鸽,黄超原,刘小虹. 基于中土五行理论探析“聚于胃,关于肺”在咳嗽因机证治中的意义[J]. 环球中医药, 2019, 12(11): 1690-1692.
- [5] 左文伟,陈娅欣,张景淇. 基于《素问·咳论》从“三焦-脾胃-水饮”论治慢性咳嗽[J]. 四川中医, 2024, 42(9): 24-27.
- [6] 李悦杨,陈锦,曾林生,等. 新型冠状病毒感染后咳嗽证型-证素分布及用药规律回顾性研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(5): 47-52.
- [7] 张佳颖,应华娜,赵王钲,等. 小青龙汤加减联合复方甲氧那明对寒邪伏肺型感染后咳嗽患者中医证候积分及呼出一氧化氮水平的影响[J]. 新中医, 2025, 57(13): 29-33.
- [8] 刘芳. 苓桂术甘汤加减治疗慢性支气管炎的疗效观察[J]. 光明中医, 2017, 32(22): 3252-3254.
- [9] 李建华,彭麟. 三子养亲汤合六君子汤联合喘可治对支气管哮喘疗效、炎症因子及免疫功能的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(7): 68-71.
- [10] 陈佳慧,张立山,成柳杨,等. 麦门冬汤治疗阴虚湿热咳嗽探析[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(10): 5964-5966.
- [11] 刘永生,王金菊,张辉果. 沙参麦冬汤加减对阴虚肺热证肺炎支原体肺炎恢复期患者免疫炎症反应的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(21): 149-154.

[责任编辑:郑锋玲,蒋维超(英文)]